

# ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПІВ ВИКОНАННЯ ПЕРВИННОГО ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Зазірний І.М.

Центр ортопедії, травматології та спортивної медицини Клінічної лікарні “Феофанія”  
ДУС, Київ

Тотальне ендопротезування колінного суглоба (ТЕПКС) є складною процедурою і її успіх залежить від дотримання певних правил.

**Принцип 1.** Показання. Ортопед має передбачувати результати ТЕПКС у конкретного хворого. Необхідно обговорити з пацієнтом очікувані ним результати операції і перевірити джерело болей у колінному суглобі. Пацієнти часто переоцінюють можливості ТЕПКС.

**Принцип 2.** Планування. Без планування 20 % ТЕПКС ускладнюються порушенням осі. Необхідні три стандартні рентгенограми: пряма проекція з навантаженням кінцівки, бокова проекція та аксіальна проекція. Рентгенограми на коротких плівках не дають можливості побачити деформації всієї кінцівки. Дослідження на наявність деформацій дозволяє точно запланувати зріз кістки та передбачити об'єм мобілізації м'яких тканин.

**Принцип 3.** Вибір моделі протезу. Значимої різниці між колінними імплантатами Cruciate Retaining(CR), Posterior Stabilized (PS) та UltraCongruent (UC), Rotation Platform (RP) немає, але важливо перевірити стан задньої хрестоподібної зв'язки за допомогою CR імпланту та запобігти нестабільності в положенні згинання 90 градусів. Колінні протези PS та UC краще зарекомендували себе при більш значних деформаціях, після остеотомії, а також та за наявності системних захворювань.

**Принцип 4.** Вибір хірургічного доступу. Використовується переважно класичний медіальний парapatеллярний доступ для варусної та вальгусної деформацій. Складні підходи показані у випадках обмеження рухів у суглобі, посттравматичних станів, у випадках проведення ревізійних втручань, або за наявності великої кількості старих рубців, вальгусної деформації понад 20 градусів.

**Принцип 5:** резекція дистального епіметафіза стегнової кістки. Слід спробувати зрізати 9-10 мм кістки з медіальної сторони у положенні згинання та розгинання і замінити на імплант, щоб зберегти висоту суглобової лінії. Крім того, слід зберегти виростковий офсет; для цього потрібно не збільшувати задню резекцію, бо це спричинить порушення згинання у вигляді згинальної нестабільності.

**Принцип 6:** ротаційне позиціонування феморального компонента. Корекція деформацій суглоба в аксіальній площині досить складна. Порушення ротації феморального компонента призводить до порушення руху надколінника та асиметрії згинального проміжку.

**Принцип 7:** балансування м'яких тканин. Метою балансування є 2-3 мм відхилення у положенні розгинання і 3-4 мм відхилення у положенні згинання. Простим способом є мобілізація контрагованих тканин спершу в положенні розгинання після дистальної резекції стегна та резекції великої гомілкової кістки.

**Принцип 8:** рух надколінника. На біль у передній частині колінного суглобу страждають 20-40% пацієнтів після ТЕПКС. Біль спричиняє не сам надколінник, а порушення його руху.

**Принцип 9:** фіксація протезу. Цементовані протези є надійними, дешевшими і полегшують ревізійні втручання. Пульс-лаваж та попереднє покриття протезу та поверхні кістки цементом рекомендуються для покращення ущільнення цементу. Немає одностайної думки щодо переваги поверхневого цементування над додатковим цементуванням ніжки. Додання антибіотиків у кістний цемент зменшує ризик інфекції на 50%.

**Принцип 10:** післяопераційна терапія. Протибольова терапія має проводитись на всіх етапах: перед, під час (локальне інфільтраційне знеболення - для проведення локального інфільтраційного знеболення використовується 150 мл суміші бупівакаїну,

кеторолаку та адреналіну) та після операції (комплексно: препарати миттєвої та довготривалої дії та периферичний феморальний блок). Результати багатьох клінічних досліджень показують: менший рівень болю, менше кровотеч і менше побічних ефектів. Мобілізація суглоба проводиться за індивідуальною програмою, переважно активна, а не пасивна.

**Висновки:** Дотримання вищевказаних постулатів дозволяє отримати кращі довготривалі результати.