

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРИПРОТЕЗНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ.

Вирва О.Є., Шевченко І.В., Голка Т.Г.

ДУ «ПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ», м. Харків

Вступ. За даними світової літератури, частота інтраопераційних перипротезних переломів коливається від 0,3% при первинному ендопротезуванні (при встановленні компонентів цементної фіксації) до 46 % при ревізійному протезуванні (при встановленні компонентів «pressfit» фіксації при ревізійному оперативному втручанні). Перипротезні переломи це одне з найбільш важких ускладнень ендопротезування суглобів. В останні роки частота цього ускладнення збільшується, що зумовлено неухильним зростанням кількості виконуваних артропластик. Дане ускладнення вимагає пильної уваги і системного підходу. На сьогоднішній день у світовій літературі існує велика кількість класифікацій, які враховують час виникнення перелому (інтраопераційні та післяопераційні), спосіб фіксації компонента в кістки (цементна або безцементна), стан кісткової тканини. Найбільш поширеною і функціональною класифікацією перипротезних переломів у світі є класифікації Duncan С.Р., Masri В.А. або «ванкуверська» класифікація.

Матеріал і методи. Наше дослідження базується на спостереженні за 22 хворими, які знаходились на лікуванні в ДУ «Інститут патології хребта та суглобів НАМН України» з 2010 по 2014 рр. Хворих ми розділяли на групи: з інтраопераційними переломами 14 хворих (63,6%) і переломи в результаті травми у віддаленому післяопераційному періоді – 10 (45,6%). Серед них – жінки (16 пацієнтів (72,7 %)), чоловіки – 6 (27,3%). Також ми розділили хворих на групи в залежності від типу ендопротезу: хворі з первинними протезуванням – 15 (68,2%), хворі у яких імплантувались ревізійні системи – 3 (13,6%) та хворі з пухлинними протезами – 4 (18,2%). Переважна кількість інтраопераційних перипротезних переломів у нашому дослідженні сталася при встановленні первинних систем -- 10 (45,5%). Серед переломів в результаті травми переважали також хворі з нормопротезами -- 15 (71,4%).

Результати та їх обговорення. Оперативне лікування перипротезних переломів передбачає дотримання принципів відносної стабільності у разі стабільного компонента протеза і використання різних накісткових фіксаторів. При нестабільному ж компоненті необхідно замінити цей компонент, а його ніжку використовувати як інтрамедулярний фіксатор, який спільно з накістковим фіксатором використовується для досягнення принципів відносної стабільності, при цьому головним є відновлення кісткової «трубки». Враховуючи мультифакторіальність цієї проблеми нами були застосовані загальноприйняті принципи і підходи до лікування цієї важкої патології. Основним принципом лікування травм у літніх пацієнтів є рання мобілізація. Для стабілізації переломів ми використовували різні методи фіксації фрагментів, як то пластини з кутовою стабільністю (6 – 27,3%), в тому числі і з використанням перипротезних гвинтів (2 – 9,1%), протези з довгими ревізійними ніжками (5 – 22,7%), серкляжні стрічки та накладки (12 – 54,5%), алотрансплантати (2 – 9,1%) та апарати зовнішньої фіксації (1 – 4,5%). В післяопераційному періоді дотримували загальноприйнятих методик ведення хворих і це дозволило отримати позитивні результати лікування у 16 (76,2%) хворих. У 2 (8,1%) ми отримали ускладнення у вигляді запального процесу, у 2 (8,1%) – у вигляді постімобілізаційних контрактур, 1 (4,8%) пацієнт помер (загальносоматичне ускладнення).

Висновки. Проведені нами дослідження підтверджують загальноприйняті підходи до лікування переломів у літніх пацієнтів. Основними з яких є: рання мобілізація пацієнта і мінімальна хірургічна травматизація. В арсеналі хірурга повинні бути всі необхідні імпланти, такі як перипротезні гвинти, серкляжний дріт і стрічки, пластини, накладки та інструментарій для їх встановлення.