

# ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ПЕРЕЛОМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.

Герцен Г.І., Штонда Д.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м.Київ

**Мета дослідження.** Проаналізувати та підвищити ефективність різних методів лікування перипротезних переломів стегнової кістки (ППСК), що виникають під час, та після протезування кульшового суглоба за рахунок диференційованого вибору тактики оперативного лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами обстежено 39 пацієнтів з ППСК після тотального ендопротезування кульшового суглоба. Пацієнти були розділені на групи відповідно Ванкуверівської класифікації.

При переломах стегнової кістки типу А проводилось консервативне лікування (4 випадки), при зміщенні вертлюгів виконували відкриту репозицію та фіксацію фрагментів гвинтами або шпильками з дротом, утворюючи напружений остеосинтез (4 випадки). При ППСК типу В1 лікування полягало в відкритій репозиції та остеосинтезу за допомогою пластин різної конструкції (DCP, LC-DCP, LCP, лапчатих), фіксація яких проксимальніше перелому виконувалась за допомогою введення монокортикальних гвинтів поліаксіально та проведення серкляжів навколо стегнової кістки (9 пацієнтів). ППСК типу В2 підлягали ревізійному ендопротезуванню з використанням більш довгої ніжки та фіксацією кісткових фрагментів одним із вказаних вище методів (5 пацієнтів). При переломах типу В3 виконували фіксацію фрагментів, ревізійне ендопротезування з обов'язковим виконанням кісткової пластики (3 пацієнти). Переломи типу С синтезували за допомогою DCP, LCP, лапчатих пластин, та ретроградно введеного інтрамедулярного блокуючого стрижня (6 пацієнтів). У випадках вираженого остеопорузу використовували запропонований нами металоцементний остеосинтез.

**Результати та їх обговорення.** При консервативному лікуванні добрі клініко – рентгенологічні результати отримали – у 8 (66,6%) хворих, при оперативному у – 23 (85,2%); задовільні результати при консервативному лікуванні отримали у 2 (16,7%) хворих, при оперативному у – 4 (14,8%). При наявності показань та відмова від оперативного лікування призвела до незадовільних результатів у 2 (16,7%) випадках, серед пацієнтів які лікувались консервативно. **Заклучення:**

Таким чином для визначення тактики лікування ППСК потрібно враховувати локалізацію, характер, стабільність перелому, стабільність імплантату, вік та супутню патологію хворого. Ванкуверівська класифікація ППСК враховує основні ведучі фактори і допомагає визначитись з принципами надання допомоги хворим. З урахуванням показань використання традиційних методів остеосинтеза стегнової кістки, як і запропонованого нами металоцементного остеосинтеза, а також ревізійного ендопротезування кульшового суглоба дозволяють в більшості випадків отримати добрі віддалені функціональні результати.