

## ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМО-ВИВИХІВ У ДІЛЯНЦІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

<sup>1</sup> Канзюба А. І., <sup>2</sup> Климовицький В. Г., <sup>2</sup> Донченко Л. І., <sup>2</sup> Гончарова Л. Д.

<sup>1</sup> ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини, Україна

<sup>2</sup> НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, Красний Лиман, Україна.

**Вступ.** Перелоμο-вивихи у ділянці кульшового суглоба (ПВКС) належать до найбільш важких пошкоджень опорно-рухової системи, оскільки являють собою поєднання вивихів або підвивихів стегна із численними варіантами внутрішньо суглобових переломів вертлюжної западини, а також головки та шийки стегнової кістки. Вивчення інформації про стан проблеми свідчить про відсутність обґрунтованих критеріїв обрання показань до застосування як консервативного, так і хірургічного методів лікування. Цим зумовлена значна кількість ускладнень, що спостерігаються у формі травматичного артрозо-артриту, асептичного некрозу голівки стегнової кістки, не правильно зрощених або не зрощених переломів вертлюжної западини. Мета дослідження – оптимізація лікувальної тактики при перелоμο-вивихах у ділянці кульшового суглоба (ПВКС) на основі ідентифікації «факторів руйнування» та визначення їх ролі у саногенезі травматичних пошкоджень суглоба та розвитку післятравматичного коксартрозу.

**Матеріал і методи.** Проведено дослідження щодо комплексного лікування постраждалих з перелоμο-вивихами у ділянці кульшового суглоба клініках НДІ ТО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького у період 2007 – 2014 років. Спостерігалось 180 пацієнтів із ПВКС. Серед них було 149 (82,8 %) чоловіків віком від 15 до 66 років (середній вік -  $39,0 \pm 3,17$  років) та 31 жінка (17,2 %) віком від 16 до 71 року (середній вік –  $41,13 \pm 6,24$  років).

130 пацієнтів (72,22 %) лікувалися з приводу свіжих (термін травми до 3 тижнів), а 50 (27,83 %) – з приводу застарілих пошкоджень (давність травми від 3 тижнів до 18 місяців).

Застосовано клініко-рентгенологічне, біомеханічне, морфологічне, імунологічне та біохімічне дослідження для оцінки патологічних змін, що відбуваються у пошкодженому кульшовому суглобі та в цілому у організмі постраждалих у різні періоди після травми.

Травматичні пошкодження кульшового суглоба є пусковим механізмом для відповідної реакції організму у вигляді репаративної регенерації. За певних умов під впливом патогенних факторів, що додаються на етапі лікування, репаративні процеси деформуються і переходять на стадію дисрегенерації, котра являється структурною основою розвитку артрозу.

**Результати.** За результатами клініко-рентгенологічних та лабораторних досліджень, відповідно до тяжкості пошкодження кульшового суглоба, ми визначили найбільш значущі фактори, що визначають перебіг відновних процесів у механічному та біологічному аспектах.

1. Структурні пошкодження хрящового покриву і субхондральних ділянок вертлюжної западини та голівки стегнової кістки.
2. Пошкодження суглобової сумки кульшового суглоба.
3. Пошкодження м'язів тазового поясу.
4. Зміни напружено-деформованого стану у ділянці кульшового суглоба.
5. Порушення стабільності пошкодженого кульшового суглоба.
6. Розвиток локального після травматичного остеопорозу.
7. Реактивне запалення у пошкодженому суглобі.
8. Регенерація сполучної тканини в осередку ушкодження.
9. Патогенні фактори, зумовлені застосованим лікуванням.

Таке уявлення про «фактор руйнування» дозволило розробити концепцію, згідно якої стратегія лікування постраждалих із переломовивихами в ділянці кульшового суглоба повинна базуватися на детальній інформації про особливості механогензу травми, характер пошкодження кульшового суглоба й тазового кільця з урахуванням важкості та особливостей перебігу травматичної хвороби, давності пошкодження й віку пацієнта.

Основні пункти лікувальної програми при свіжих пошкодженнях – усунення звиху стегна, відновлення стабільності кульшового суглоба, оптимізація режиму функціонального розвантаження суглоба, функціональне відновлювальне лікування, медикаментозна корекція репаративного процесу.

При переломах у ділянці навантажувальної поверхні вертлюжної западини, відновлення стабільності кульшового суглоба можливо тільки шляхом відкритої репозиції й внутрішнього остеосинтезу.

На підставі установлених закономірностей в динаміці процесів резорбції та регенерації кісткової тканини внаслідок збільшення навантаження на пошкоджений КС, обґрунтовано й оптимізовано режим відновлення рухової активності пацієнтів і застосування не стероїдних протизапальних препаратів, а також препаратів, що активізують клітинну ланку імунітету.

Таке уявлення про «фактор руйнування» дозволило визначити напрямки і зміст патогенетичного комплексного лікування травматичних пошкоджень кульшового суглоба.

1. Усунення вивиху стегна.
2. Відновлення артикулюючих поверхонь вертлюжної западини та головки стегнової кістки.
3. Відновлення стабільності кульшового суглоба.
4. Відновлення правильного співвідношення у системі «тазстегно».
5. Функціональне розвантаження пошкодженого кульшового суглоба.
6. Оптимізація термінів застосування реконструктивних операцій на кульшовому суглобі.
7. Лікування локального після травматичного остеопорозу.
8. Комплексне лікування деструктивно-дистрофічних змін у пошкодженому суглобі.
9. Оптимізація режиму відновлення функціональних навантажень пошкодженого кульшового суглоба та медикаментозна корекція репаративного процесу у періоді реабілітації.

#### **Висновки.**

1. За результатами клініко-рентгенологічних та лабораторних досліджень, відповідно до тяжкості пошкодження кульшового суглоба, ідентифіковано найбільш значущі фактори, що визначають перебіг відновних процесів у механічному та біологічному аспектах. 2.

До планування лікувальної тактики при ПВКС необхідно підходити з позиції оцінки різних ланок патогенезу після травматичного артрозу.