

# ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМ ВИВИХОМ СТЕГНА

Полулях М.В., Герасименко С.І., Костюк А.Н., Полулях Д.М.  
ДУ «Інститут ТО НАМН України», м.Київ

Ендопротезування кульшового суглоба при диспластичних коксартрозах, а особливо при тяжких його формах з вивихом стегна, є актуальною і складною проблемою в сучасній ортопедії. Складність полягає у тому, що одночасно усунути вивих стегна і встановити ацетабулярний компонент на рівень істинної кульшової западини не дозволяють м'які тканини, крім того значна одночасна дистракція стегна загрожує розвитком серйозного ускладнення з боку судинно-нервового пучка, що може привести до негативних результатів. З іншого боку, недорозвинена вертлюгова западина не завжди дозволяє встановити ацетабулярний компонент протеза з повним перекриттям його кістковою тканиною.

**Мета роботи** – розробити тактику ендопротезування кульшового суглоба при вродженому вивиху стегна.

**Матеріал і методи дослідження.** В основу роботи покладено аналіз оперативного лікування 20 хворих з вродженим вивихом стегна. Згідно класифікації F.Crowe, вони відносяться до IV групи, тобто мають повний вивих стегна. У 19 випадках було застосовано без цементне ендопротезування. В одному випадку значний остеопороз не дозволив досягти стабільної фіксації ацетабулярного компоненту, тому застосовано протез з цементною фіксацією елементів протезу. У випадках, коли для встановлення ацетабулярного компоненту на рівень істинної вертлюгової западини виникає необхідність подовження кінцівки до чотирьох сантиметрів, оперативне втручання проводимо одночасно.

У випадках, коли виникає потреба подовження кінцівки більше 4-х см оперативне втручання виконуємо у два етапи. На першому етапі накладаємо стержневий апарат зовнішньої фіксації Костюка з введенням стержнів в кістки тазу і стегнову кістку. Компоновка апарату зовнішньої фіксації дозволяє провести одночасне подовження кінцівки, що виконується під загальною анестезією під час накладання апарату, а потім, протягом декількох днів, продовжуємо подовжувати кінцівку, тим самим підводимо головку стегна до істинної вертлюгової западини. Після досягнення мети апарат демонтуємо і після загоєння ран від стержнів проводимо ендопротезування кульшового суглоба.

У передопераційному періоді проводимо комп'ютерну томографію суглоба з метою визначення стану кісткової тканини передньої і задньої колони, даху вертлюгової западини. При наявності дефекту кісткової тканини застосовуємо кісткову пластику. Матеріалом для кісткової пластики служить головка стегнової кістки, що вилучається при ендопротезуванні кульшового суглоба. Результати прослідковано у термін від 6 місяців до 5 років.

**Висновки.** Ендопротезування кульшового суглоба при вроджених вивихах стегна (F.Crowe IV) з вкороченням кінцівки до 4 –х см можливе в один етап. Вкорочення більше 4-х см, при односторонньому вивиху стегна, потребує передопераційної підготовки шляхом подовження кінцівки з допомогою стержневого апарату зовнішньої фіксації. При наявності дефектів передньої, задньої колон, даху вертлюгової западини показана пластика ауто трансплантатом з головки стегнової кістки вилученої при ендопротезуванні суглоба.