

## ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕСПРАВЖНИМИ СУГЛОБАМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.

Гайко Г.В., Осадчук Т.І., Підгасцький В.М., Сулима О.М., Кукуруза Л.П.,  
Калашніков А.В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМНУ”, м. Київ

Проблема лікування несправжніх суглобів шийки стегнової кістки дотепер залишається складною та потребує розробки показів до певних видів оперативних втручань. Внаслідок своїх анатомічних особливостей шийка стегнової кістки являє собою одну з найбільш складних для процесів репаративної регенерації ділянок. Наслідки оперативного лікування переломів шийки стегнової кістки в 30-50% випадків не задовольняють ні пацієнтів, ні хірургів. Хворі з несправжніми суглобами шийки стегнової кістки зустрічаються досить часто: від 10 до 40% всіх оперованих хворих, а при консервативному методі лікування – від 80 до 100%.

**Метою** даного дослідження була розробка диференційованого підходу до вибору оперативних втручань у хворих з несправжніми суглобами шийки стегнової кістки.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням з 2005 р. по 2013 р. перебувало 97 пацієнтів з несправжніми суглобами шийки стегнової кістки, яким виконувалися оперативні втручання на проксимальному відділі стегна.

Серед них було 47 чоловіків і 50 жінок у віці від 25 до 83 років. Середній вік чоловіків складав 51 рік, жінок – 54 роки.

При визначенні показів до вибору способу оперативного лікування нами враховувалися строк після травми, ступінь розсмоктування шийки стегнової кістки, вік пацієнта, ступінь вираженості дегенеративно-дистрофічних процесів у голівці стегнової кістки, наявність остеопороза і наявність супутньої соматичної патології.

Показання до реконструктивних операцій ставилися при віці хворого до 60-ти років, визначеній нормальній трабекулярній структурі головки стегнової кістки, без ознак її патологічної перебудови, однакової щільності в порівнянні із прилеглими ділянками або рівномірному реактивному остеопорозі, і коли рентгенологічні дослідження, проведені в динаміці, дозволяли припускати життєздатність головки. Відносними показаннями до органозберігаючих операцій при несправжніх суглобах шийки стегнової кістки були наявність ознак патологічної перебудови головки стегна – осередковий остеопороз, поява кист, тобто ознаки помірного порушення кровопостачання головки стегнової кістки. Протипоказами до виконання реконструктивних операцій є наявність асептичного некрозу, рівномірний остеосклероз головки стегнової кістки, а також випадки повного розсмоктування шийки і частини головки стегна, втрати рухливості головки у вертлюговій западини, вік хворих більший 60-ти років.

Всі хворі в залежності від виду оперативного втручання були розділені нами на три групи.

До першої групи віднесені пацієнти, у яких не визначався дефект шийки стегнової кістки або він не перевищував 1 см, були відсутні дегенеративно-дистрофічні зміни у голівці стегнової кістки. При цьому ми робили реконструктивно-відновну операцію, що включала: коригуючу міжвертлюгову остеотомію з вальгізацією шийково-діафізарного кута й медіалізацією дистального уламка, підведення його під лінію несправжнього суглоба, а також фіксацію фрагментів стегна Г-образною пластиною з кутом 1150.

До другої групи віднесені хворі з дефектом шийки стегнової кістки більше 1см, з помірними осередковими змінами в голівці. Їм виконувалася реконструктивно-пластична операція, що включала: відкрите співставлення фрагментів несправжнього суглоба, кістковопластичне заміщення дефекту шийки аутотрансплантатом з крила здухвинної кістки, коригуючу міжвертлюгову остеотомію з медіалізацією і вальгізацією, фіксацію уламків Г-подіною пластиною с кутом 1150, переміщення міжвертлюгового гребеня на живильній м'язовій ніжці для реваскуляризації ділянок ішемії в голівці стегнової кістки.

До третьої групи віднесені хворі, у яких розвинувся асептичний некроз головки стегнової кістки, їм виконувалося тотальне ендопротезування кульшових суглобів.

**Результати та їх обговорення.** З 97 операцій на проксимальному відділі стегнової кістки при несправжніх суглобах шийки було зроблено: 35 реконструктивно-відновних оперативних втручань, 8 реконструктивнопластичних і 54 операції тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Результати лікування були простежені у 77 пацієнтів, у тому числі в строки від року до 3 років після операції – в 62 хворих і від 4 до 10 років – в 15. В основу оцінки наслідків лікування покладена трибальна система.

**Добрим** вважали результат, при якому функція суглоба була повною, хворий міг пройти значну відстань без додаткової опори, був відсутній біль у суглобі, набряк, укорочення кінцівки. За даними рентгенографії: після реконструктивних операцій були відсутні грубі дегенеративнодистрофічні зміни в ділянці суглоба, а після тотального ендопротезування - відсутність периартикулярної гетеротопічної оссифікації та ознак нестабільності компонентів ендопротеза.

**Задовільним** вважали результат, якщо відзначався періодичний біль в області суглоба при ході, накульгування, обмеження згинання в кульшовому суглобі до 40°, відведення, приведення або ротаційних рухів до 20°-30°, пацієнт ходив за допомогою тростини, на рентгенограмі відзначалися обмежені кісткові розростання, звуження суглобної щілини суглоба.

**Незадовільним** – відсутність опороздатності кінцівки, виражений больовий синдром, різке обмеження рухів у кульшовому суглобі, неможливість самообслуговування, рентгенологічно: після реконструктивних операцій визначалися грубі дегенеративнодистрофічні зміни в ділянці суглоба, асептичний некроз голівки стегна або наявність несправжнього суглоба шийки стегнової кістки, а після тотального ендопротезування - наявність нестабільності компонентів ендопротеза. У першій групі добрі результати були відмічені в 19 пацієнтів, задовільні – в 13, незадовільні – у 2. У другій групі добрі результати відмічені в 3 хворих, задовільні - в 2, незадовільні - в 3. У третій групі добрі результати отримані в 25 пацієнтів, задовільні - в 10, незадовільні результати були відсутні.

#### **Висновки.**

1. Реконструктивно-відновні операції рекомендовані хворим, у яких немає дефекту шийки стегнової кістки або дефект не перевищує 1 см.

2. Реконструктивно-пластичні операції рекомендовані пацієнтам при наявності дефекту шийки стегнової кістки більше 1 см з помірними осередковими змінами в голівці стегна.

3. У випадках з асептичним некрозом головки стегнової кістки або віком хворих більше 60-ти років необхідно виконувати тотальне ендопротезування кульшового суглоба.