

Г.І. Герцен, Д.А. Горбань

## ВПЛИВ ІНВАЗІЙНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

м. Київ, НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра ортопедії і травматології № 1

### АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Ендопротезування кульшового суглоба в сучасній медицині є найбільш ефективним та затребуваним методом хірургічного лікування в ортопедії та травматології. Існує більше 100 різних комбінацій хірургічних доступів до кульшового суглоба (О.Н. Хвисяк). Незважаючи на таку високу варіацію доступів, ризик незадовільних післяопераційних результатів залишається на рівні 17,4% (Г.І. Герцен, Д.В. Штонда, І.А. Лазарев).

Можливі причини післяопераційних ускладнень, включаючи: нестабільність, дисбаланс м'язів, неврити, біль, пов'язаний із травматичністю хірургічного доступу. Вибір найменш інвазивної тактики хірургічного доступу при ендопротезування кульшового суглоба зводить до мінімуму можливі післяопераційні ускладнення – отже, поліпшує результати ендопротезування кульшового суглоба.

### МЕТА РОБОТИ

Аналіз попередніх результатів щодо ефективності ендопротезування кульшового суглоба, пов'язаних з різними хірургічними доступами.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано результати традиційних доступів при ендопротезуванні кульшового суглоба в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах, які виконані на базі Київської міської клінічної лікарні №6 (зав.каф. – д.м.н., проф. Герцен Г.І.). Перша група – 100 хворих, яким проведено передньо-латеральний хірургічний доступ при протезуванні кульшового суглоба, друга група – 100 хворих, яким проведено задньо-латеральний хірургічний доступ при протезуванні кульшового суглоба.

Середній вік хворих склав  $70,3 \pm 5,6$  роки (від 60 до 82 років). Клініко-інструментальний контроль ефективності лікування здійснювали на 3 добу післяопераційного періоду та через 1 місяць. Статистичний аналіз результатів проводили з використанням методів параметричної статистики, пакету програм STATISTICA 6.0.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз проведених досліджень встановив, що найбільш частим ускладненням у хворих обох обстежених груп була поява невритів у ранньому післяопераційному періоді. Так, у пацієнтів I групи вони реалізувалися у вигляді невриту стегнового нерва – у 3,4 % випадків, тоді як у прооперованих II групи діагностований неврит сідничного нерва – у 6,8 % спостережень, (відмінність статистично значуща,  $p < 0,05$ ).

Значущим ускладненням віддаленого післяопераційного періоду стала поява вивиху стегна, який був рентгенологічно встановлений у хворих після проведеного передньо-латерального доступу у 1,2 % випадків, на відміну від пацієнтів, прооперованих задньо-латеральним доступом – у 4,7 % випадків, така закономірність, на нашу думку, була обумовлена відсутністю відновлення анатомічних структур кульшового суглоба, у т.ч. сухожилка грушовидного м'язу, капсули кульшового суглоба, широкої фасції під час хірургічного доступу.

### ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про наявність післяопераційних ускладнень у кожній з обстежених груп хворих, які залежать від характеру хірургічного доступу. Актуальність проблеми та її поширеність потребують більш глибокого та детального вивчення перебігу техніки хірургічного доступу.