

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

ВСТУП

Перипротезні переломи стегнової кістки (ППСК) після ендопротезування кульшового суглоба (ЕКС) для успішного лікування потребують урахування загального стану хворого, локалізацію перелому, стабільність стегнового компонента ендопротезу, якість кісткової тканини та наявність ендопротезу в каналі стегнової кістки, що перешкоджає введенню імплантів при виконанні металоостеосинтезу (МОС) в перипротезній ділянці.

МЕТА

Визначити оптимальну класифікацію, що може бути використана під час діагностики та успішного планування хірургічного лікування ППСК після ЕКС та удосконалити техніку МОС при різних типах цих переломів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами обстежено та проліковано 79 хворих на ППСК. На етапі діагностики та планування тактики лікування, розподіл хворих виконували згідно ванкуверівської класифікації, запропонованою С.Р.Duncan і В.А.Marsi. Хірургічне лікування виконали у 67 (84,82%) випадках, з них ППСК типу А склали 7 (10,45%) випадків, типу В1 – 17 (25,37%), типу В2 – 24 (35,82%), типу В3 – 13 (19,4%), типу С – 6 (8,96%).

МОС ППСК залежав від типу перелому. При лікуванні ППСК вертлюгової ділянки (тип А) зі зміщенням кісткових фрагментів, виконували відкриту репозицію та МОС гвинтами, шпильками у поєднанні з дротом, або серкляжними титановими системами. При стабільному ендопротезові (ППСК типу А, В1, С) виконували репозицію перелому, з послідовним остеосинтезом необхідним фіксатором (металева пластина, гвинти, серкляж чи серкляжна система). В умо-

вах нестабільності ендопротезу (ППСК типу В2) виконували ревізійне ендопротезування та МОС перелому. При нестабільній ніжці ендопротезу та остеопорозові (переломи типу В3) виконували ревізійне ЕКС та застосовували металоцементний остеосинтез, з введенням поліметилметакрилатного цементу у канали під гвинти, попередньо перед встановленням гвинта.

РЕЗУЛЬТАТИ

Віддалений функціональний результат хірургічного лікування хворих на ППСК після ЕКС за шкалою Харіса був оцінений у 54 (85,71%) хворих через $4,4 \pm 1,2$ (1,0 – 6,2) років. З них добрий клініко-рентгенологічний результат отримано у 28 (51,9%) хворих, задовільний – у 23 (42,6%), незадовільний – у 3 (5,5%).

ВИСНОВКИ

У пацієнтів з перипротезними переломами стегнової кістки після ендопротезування кульшового суглоба використання ванкуверівської класифікації, диференційованого методу хірургічного лікування (остеосинтез, ревізійне ендопротезування) з урахуванням якості кісткової тканини, дозволяє досягти добрих функціональних результатів у 51,9% випадків, задовільних – у 42,6%, незадовільних у 5,5%.

При перипротезних переломах стегнової кістки після ендопротезування кульшового суглоба, наявності остеопорозу, використання металоцементного остеосинтезу LCP, DCP-пластинами та введенням в канали під гвинти поліметилметакрилатного цементу дозволяє досягти стабільності фіксації кісткових відламків, попередити розвиток ускладнень у вигляді міграції імплантів, вторинного зміщення кісткових відламків, підвищити ефективність хірургічного лікування з цією патологією.