

ентов было несращение, у 5 — неправильное положение стабилизирующей конструкции. 16 пациентов были прооперированы по поводу перелома шейки бедренной кости, 10 — межвертельного перелома и 1 — подвертельного перелома проксимального отдела бедренной кости. В 17 случаях выполнено тотальное бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава, в 9 случаях — цементное и у 1 пациента — гибридное.

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 3,5 года (от 2 до 6 лет). Состояние сустава по шкале Харриса после операции улучшилось с 32 до 85 баллов. Не было ни одного случая миграции компонентов. Наблюдались 2 вывиха и один отрыв большого вертела. Был отмечен один случай поверхностной инфекции.

Вывод. Эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективным методом лечения после неудачной фиксации перелома проксимального отдела бедренной кости. Наблюдение этой группы пациентов продолжается.

УДК 616.728.2-089.28

Филиппенко В.А., Танькут А.В., Мезенцев В.А., Бондаренко С.Е., Марущак А.П., Гетьман А.П.
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков, Украина

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕФЕКТАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Актуальность. Наличие дефектов проксимального отдела большеберцовой кости вызывает трудности при эндопротезировании коленного сустава и требует обоснованного и дифференцированного подхода к выбору методики пластики.

Цель: проанализировать результаты эндопротезирования коленного сустава при дефектах проксимального отдела большеберцовой кости.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2015 г. были проанализированы 133 случая (46 мужчин и 87 женщин) операций эндопротезирования коленного сустава, при которых выполнялась пластика дефектов проксимального отдела большеберцовой кости. Средний возраст больных составил 62 года (от 45 до 75 лет).

При дефектах проксимального отдела большеберцовой кости менее 1 см в глубину пластику выполняли костным цементом (28 пациентов), реконструкцию проксимального отдела большеберцовой кости при костном дефекте более 1 см в глубину осуществляли при помощи армирования костным цементом и шурупами (12 пациентов); использовали аутотрансплантат при наличии достаточного количества костной ткани после резекции суставных поверхностей (48 пациентов) либо выполняли аллопластику трансплантатами ИППС (18 пациентов). При более крупных дефектах проксимального отдела большеберцовой кости выпол-

няли эндопротезирование с большеберцовым стемом (28 пациентов), а при несостоятельности боковых связок и тяжелых деформациях выполняли эндопротезирование ревизионными конструкциями фирмы Link (11 пациентов).

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 3,5 года (от 1 до 7 лет). Состояние сустава по шкале Лекена и шкале Вомак после операции улучшилось. Не было ни одного случая миграции компонентов и остеолита. Был отмечен один случай поверхностной инфекции.

Вывод. Правильный выбор методики пластики при дефектах большеберцовой кости позволяет добиться хороших результатов эндопротезирования коленного сустава. Наблюдение этой группы пациентов продолжается.

УДК 616.71-001.5-089.881:615.462.001.53

Хмизов С.О., Пашенко А.В., Карпінський М.Ю., Карпінська О.Д., Суббота І.А.
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ ПЕРВИННОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ІНТРАМЕДУЛЯРНИХ ФІКСАТОРІВ РІЗНОГО ТИПУ

Проблема лікування деформацій довгих кісток кінцівок є однією з ключових у дітей із порушенням якості кісткової тканини у зв'язку з комбінованим характером деформації, частими патологічними переломами кісток сегментів кінцівок на вершині деформації, рецидивом деформації в післяопераційному періоді, а також нестабільністю фіксаторів, що обумовлено якістю кісткової тканини. Також відмічаються значне обмеження функції опори та ходьби, неможливість самообслуговування пацієнтів та погіршення якості життя. На сьогодні використовують переважно інтрамедулярні телескопічні системи: Bailey — Dubow (Syntes, USA), Sheffieldrods (AesculapLtd, UK), Fassier — Duval (Pega Medical, Canada), а також титанові еластичні стрижні (Titanium elastic rods (Synthes, USA; De Puy Synthes, USA; Stryker, GB)). Функцію цих фіксаторів можна поділити на 2 етапи: ранній післяопераційний період — забезпечення стабільної фіксації фрагментів кістки в зоні остеотомії до їх зрощення; віддалений період — забезпечення функції опори та ходьби в процесі росту кінцівки.

Мета дослідження: визначити в експерименті міцність первинної стабілізації кісткових фрагментів при використанні інтрамедулярних фіксаторів різного типу.

Матеріали та методи дослідження. У лабораторії біомеханіки ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проведені експериментальні дослідження міцності первинної стабілізації фрагментів стегнової кістки при використанні інтрамедулярних фіксаторів різних типів. Експеримент