

локтевом суставе. Средний бал согласно шкале клиники **Mayo** составил 84 балла.

Выводы.

1) Разработанный модульный эндопротез головки лучевой кости с парой терния металл-металл позволяет снизить контактные напряжения, возникающих на суставных поверхностях, а значит уменьшить износ суставной поверхности и ранние проявления остеоартроза после эндопротезирования ГЛК.

2) Клиническая апробация разработанного эндопротеза головки лучевой кости позволила получить у всех больных положительные результаты в сроки до 1 года после операции.

3) Клиническое применение предлагаемого модульного эндопротеза ГЛК позволит предупредить развитие асептического воспаления и последующей нестабильности имплантата за счет создания пары трения металл-металл вместо пары трения полиэтилен-металл, и, таким образом, улучшить отдаленные функциональные результаты лечения.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Герасименко С.І., Полулях М.В., Юрійчук Л.М.

*Інститут травматології та ортопедії АМН України,
Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

Переломи проксимальної ділянки стегнової кістки є найбільш частими в людей похилого та старечого віку. Найбільш частою їх причиною є остеопороз.

Мета. Провести аналіз результатів лікування хворих похилого та старечого віку при переломах проксимального відділу стегнової кістки в залежності від методу хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 124 пацієнтів з переломами проксимального відділу стегнової кістки. Вік пацієнтів становив від 60 до 97 років. Оперовані розподілені на чотири групи. До першої групи ввійшли 16 пацієнтів, яким виконано остеосинтез фіксатором PFNI. Другу групу склали 30 хворих, яким застосовано фіксатор DHS. У третій групі було 20 пацієнтів, яким використано остеосинтез гама-цв'яхом. У четвертій групі було 68 пацієнтів, яким виконано тотальне ендопротезування кульшового суглоба з цементною фіксацією компонентів.

Результати та їх обговорення. У 89% пацієнтів наявні хронічні захворювання різного профілю, ступеня важкості і локалізації. У групі хворих, яким виконували первинне ендопротезування, було найбільше складних уламкових і нестабільних переломів. У цій групі також був найбільш поширений остеоартроз, остеопороз, низький морфологічний кортикальний індекс.

Основними причинами незадовільних результатів хірургічного лікування є остеопороз, остеоартроз та супутні захворювання різного профілю, ступеня важкості та локалізації.

Застосування тотального цементного ендопротезування кульшового суглоба в пацієнтів похилого віку з через- та міжвертельними переломами стегнової кістки



дозволяє уникнути негативного впливу вказаних чинників на результати хірургічного лікування.

Аналіз результатів лікування хворих похилого віку з проксимальними переломами стегнової кістки при наявності остеопорозу, артрозу кульшового суглоба 3-4 ступеня показав переваги застосування цементного ендопротезування в порівнянні з остеосинтезом.

Висновки. Показаннями до застосування тотального цементного ендопротезування кульшового суглоба при через- та міжвертельних переломах стегнової кістки у хворих похилого віку є: нестабільні багатовідламкові переломи, наявність остеопорозу кісток, що утворюють кульшовий суглоб та коксартроз III – IV стадій. У хворих похилого віку без остеопорозу або з мінімальними його проявами та без ознак артрозу кульшового суглоба доцільно застосовувати традиційні органозберігаючі способи остеосинтезу.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ДІАФІЗАРНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК КІНЦІВОК НА ФОНІ ПОЛІТРАВМИ

Григорук В.В., Власенко В.Г.

Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

В Україні та цілому світі множинні та поєднані пошкодження постраждали отримують переважно внаслідок ДТП. За статистикою в 205 000 ДТП травмовано понад 222 000 та загинуло більше 35 000 людей.

Для попередження погіршення стану постраждалого, починаючи від місця ДТП, потрібно виконувати іммобілізацію кінцівок за допомогою табельних шин, уведення знеболюючих та якомога швидко доставляти до стаціонару.

Згідно з патентом України № 57016 тактика ведення пацієнтів у стаціонарі визначалася в залежності від балів за шкалою ISS. У притомного постраждалого за балом по ISS < 25 балів виконували всі оперативні втручання в повному обсязі.

При оцінці за шкалою ISS більше ніж 40 – 46 балів застосовували систему «Damage control». У постраждалих з множинними та поєднаними пошкодженнями починали з лапароцентезу, пункцій обох плевральних порожнин. При потребі виконували дренажування плевральних порожнин за Бюлау, лапаротомію. За наявності черепно-мозкової травми з урахуванням КТ голови – краніотомію. Переломи довгих кісток фіксували апаратами зовнішньої фіксації в спрощеній модифікації.

У постраждалих з балом за шкалою ISS від 26 по 45 лікування всіх пошкоджень виконували протягом першої доби одночасно з проведенням протишокових заходів або після виведення вітальних функцій на рівень достатній для проведення оперативних втручань.