



ТОТАЛЬНОЕ БЕСЦЕМЕНТНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВВИНЧИВАЮЩЕЙСЯ ЧАШКОЙ «ОРТЭН» ПРИ ПРОТРУЗИОННОМ КОКСАРТРОЗЕ

Лоскутов А. Е., *Саид Имад Али

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
* КУ «Днепропетровская областная клиническая больница
им. И.И. Мечникова», Днепропетровск, Украина*

В структуре дегенеративно-дистрофических поражений (ДДП) ОДА коксартроз составляет 25,7 % и развивается у людей среднего и пожилого возраста, причем количество случаев коксартроза в пожилом возрасте увеличивается в геометрической прогрессии. Одной из причин данной патологии является разрушение суставного хряща. Морфологические изменения этого разрушения приводят к развитию протрузионного коксартроза. Протрузии вертлужной впадины, как проявления ДДП тазобедренного сустава, характеризуются погружением головки бедра в полость вертлужной впадины. Причиной развития протрузионного коксартроза (ПК) может быть в том числе и одномоментная травма, и хроническая травматизация, вызывающая импрессию костных структур, субхондральной пластины и спонгиозной костной ткани в области дна вертлужной впадины.

Учитывая то, что при ПК эндопротезирование является единственным методом реабилитации больных, актуально усовершенствование подходов и разработка способов имплантации вертлужного компонента эндопротеза тазобедренного сустава при этой патологии.

Цель работы - изучить результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с применением ввинчивающейся чашки системы «ОРТЭН» у больных с ПК.

Материал и методы. Проанализированы результаты эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с ПК. Результаты лечения оценивались по шкале Harris. Всем пациентам выполнена операция тотального эндопротезирования с использованием ввинчивающейся чашки системы «ОРТЭН».

Результаты и обсуждение. Группу больных с ПК составили 87 человек. Из них 56 (64%) женщин и 31 (36%) мужчина. Средний возраст пациентов составил 53,4 года (средний возраст женщин - 51,8 года, мужчин - 56,7 года).

У всех больных патологический процесс носил односторонний характер. Для систематизации протрузионных дефектов вертлужной впадины использована классификация по Soleo-Garza и Charnley. Легкая степень протрузии была у 6 (46,2%) больных, умеренная степень - у 3 (23%) и тяжелая степень - у 4 (44,4%).

При эндопротезировании больных с ПК использовалась тотальная бесцементная ввинчивающаяся конструкция системы «ОРТЭН». При протрузии I степени имплантация вертлужного компонента осуществлялась по стандартной методике эндопротезирования. При протрузии II степени осуществлялась пластика дефекта дна вертлужной впадины. В качестве материала для пластики использовалась спонгиозная кость, резецированная с головки бедренной кости. Пломбировка дефекта проводилась после имплантации чашки через технические отверстия в области дна. Предварительно спонгиозная кость измельчалась, помещалась в

область дефекта, распределялась зажимом Микулича и уплотнялась импактором. При III стадии пластика дефекта дна вертлужной впадины осуществлялась массивным костным трансплантатом, предварительно изготовленным из головки бедренной кости.

Результаты эндопротезирования оценены в сроки от 1 года до 3 лет по шкале Harris. В группе больных с I и II степенью протрузии вертлужной впадины до операции эндопротезирования тазобедренного сустава средние баллы по шкале Harris составили 35 и 27 соответственно, после операции показатели составили 70 и 54 соответственно. Через год после операции средние баллы по шкале Harris составили 90 и 92, что соответствует отличному результату. В группе больных с III степенью протрузии вертлужной впадины до операции эндопротезирования средний балл по шкале Harris составил 20, после операции средний балл по шкале Harris увеличился до 48, а уже через год составил 87, что соответствует хорошему результату. Динамика восстановления функции сустава при всех степенях протрузии вертлужной впадины демонстрирует стабильность и тенденцию к восстановлению функции сустава уже к четвертому месяцу после операции, что свидетельствует о рациональном применении ввинчивающегося вертлужного компонента системы «ОРТЭН».

Выводы.

1. Протрузионный коксартроз является распространенным патологическим состоянием, которое приводит к выраженным статико-динамическим нарушениям нижней конечности и стойкой инвалидности пациентов.

2. Использование ввинчивающейся конструкции вертлужного компонента системы «ОРТЭН» позволяет полноценно восстановить функцию тазобедренного сустава.

НАШ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Носивец Д. С., Науменко Л. Ю., *Носивец С. М., **Зеленько Н. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

**ООО «МЦ «Клиника семейной медицины»,*

***ГУ «Специализированная медико-санитарная часть №6»*

Днепропетровск, Украина

Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) в структуре травм ОДА составляют до 2%, а среди переломов в области локтевого сустава (ЛС) около 30%. Несмотря на всеобщее признание и использование оперативных методов лечения, широкий диапазон средств хирургической реабилитации, положительные результаты отмечаются у 79% пострадавших с изолированными переломами мыщелков. Переломы ДМПК приводят к осложнениям и неудовлетворительным результатам в 18-85% случаев, а в 18-20% случаев пострадавшему устанавливается группа инвалидности.

Цель - представить наш опыт оптимизации репаративной регенерации при переломах ДМПК.

Нами изучены результаты лечения 194 больных с переломами ДМПК средним