



## 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