

ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ  
ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

ДУ «ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ НАМН УКРАЇНИ»

АТ «МОТОР-СІЧ»

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**МАТЕРІАЛИ ДРУГОЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ  
НАУКОВО – ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СУГЛОБІВ  
ТА ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ»**



Запоріжжя, 2017

**УДК 616.72-089 (063)**

**ББК 54.18**

**А 43**

Організатори конференції:

Запорізький державний медичний університет. МОЗ України.  
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. професора М.І.  
Ситенка НАМН України».

**А 43**                    Актуальні питання лікування патології суглобів та  
ендопротезування: матеріали науково - практичної конференції,  
Запоріжжя, 7–9 вересня 2017 р./ЗДМУ, ДУ «Інститут патології  
хребта та суглобів ім. професора М.І.Ситенка».– Запоріжжя, 2017.–  
79 с.

У збірнику представлені тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання лікування патології суглобів та ендопротезування», яка проведена 7–9 вересня 2017 року, посвідчення УкрІНТЕІ № 801 від 22.12.2016 року.

УДК 616.72-089 (063)

**ISBN 978-966-525-805-6**

## ЗМІСТ

Бабуркина Е.П., Сименач Б.И. РОЛЬ КОНЦЕПЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ, В ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И ПРИКЛАДНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	7
Богдановська Н.В., Кальонова І.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА.....	9
Богуслаев В.А., Гайко Г.В., Чёрный В.Н. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ИМПЛАНТАМИ СИСТЕМЫ «ИТО – МОТОР СИЧ».....	10
Воронцов П.М., Сльота О.М., Гусак В.С., Воронцова М.П. ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ «ОМС» ТА «ОМС-А» У РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ОРТОПЕДІЇ.....	12
Гайко Г.В., Калашніков О.В. ДІАГНОСТИЧНО-ПРОГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРОГРЕСУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	13
Гайко Г.В., Підгаєцький В.М., Сулима О.М., Осадчук Т.І. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАНЬ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	15
Гайко Г.В., Лазарев І. А., Підгаєцький О. М., Осадчук Т.І., Сулима О.М. УМОВИ РЕВІЗІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ НАЯВНИХ ДЕФЕКТАХ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ (БІОМЕХАНІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ).....	18
Герасименко С.І., Костогриз О.А., Герасименко А.С., Костогриз Ю.О., Бурсук Ю.Є. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІГМЕНТНОГО ВІЛЛОНОДУЛЯРНОГО СИНОВІТУ КОЛІННОГО СУГЛОБА НА ПІЗНІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	19
Герасименко С.І., Костогриз О.А., Бабко А.М., Деркач Р.В., Костогриз Ю.О., Полулях Д.М., Бурсук Ю.Є. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ВРОДЖЕНИМ ЗВИХОМ СТЕГНА.....	21
Герасименко С.І., Полулях М.В., Бабко А.М., Герасименко А.С. ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ.....	22
Голка Г.Г., Бурлака В.В., Перхун М.В., Паламарчук В.В. ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	23
Головаха М.Л., Диденко І.В., Красноперов С.Н., Титарчук Р.В., Бенедетто К.П., Орлянский В. РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗАДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЇ СВ'ЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО	

ТЕХНОЛОГИИ “ONLAY” .....	25
Гриценко А.А., Головаха М.Л., Мелашенко С.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СПОРТЕ.....	26
Ивченко Д.В., Москальков А.П., Кирпиченко С.Ф., Трашков В.Д., Яцун Е.В. НАШ ОПЫТ ЗАКРЫТОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	27
Ивченко Д.В., Ивахненко Д.С., Мирошников В.В. НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	28
Ивченко Д.В., Кузьминчук С.А., Засипко И.А., Москальков О.П., Мирошников В.В. НАШ ОПЫТ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	29
Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Хайло П.А., Канзюба М.А. ПЕРВИННЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ .....	31
Кожемяка М.А., Богдан О.В., Халилзада Р.И., Головаха М.Л. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	33
Кожемяка М.А., Богдан О.В., Коженков В.С., Завгородний А.А., Поляков А.Н., Белых Е.О., Головаха М.Л. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	34
Корж Н.А., Головаха М.Л., Гнедушкин Ю.Н., Красноперов С.Н., Ковальчук А.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	35
Корольков О.І., Карпінський М.Ю., Рахман П.М., Шишка І.В., Ярьсько О.В. ПІДНАДП'ЯТКОВИЙ АРТРОЕРЕЗ У ЛІКУВАННІ ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ СТОП (кінцево-елементне моделювання).....	37
Корольков О.І., Шишка І.В., Івченко Д.В. НЕСТАБІЛЬНІСТЬ СУГЛОБІВ - КОНЦЕПТУАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОБЛЕМИ НА ПРИКЛАДІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА.....	39
Красноперов С.Н., Головаха М.Л., Шаломеев В.А. МЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДВЕСНЫХ ФИКСАТОРОВ С АДАПТИВНОЙ ПЕТЛЕЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ.....	41
Красноперов С.Н., Диденко И.В., Титарчук Р.В., Гриценко А.А., Головаха М.Л. МРТ-КРИТЕРИИ ПЕРЕСТРОЙКИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ.....	42

Кривенко С.М. РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ МНОЖИННОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК.....	43
Кудієвський А.В., Кислиця Є.В. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	44
Лютко О.Б., Митякіна І.Ю. ЕТИОЛОГІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РІЗНИХ СПОСОБАХ ОСТЕОСИНТЕЗУ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ КІСТОК КІНЦІВОК.....	46
Масленников С.О., Головаха М.Л. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КАПСУЛЫ СУСТАВА СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОПИЛЕНА.....	47
Мителева З.М., Снисаренко П.И., Зеленецкий И.Б., Карпинский М.Ю., Ярьсько А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ МОДЕЛЕЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ТОЛЩИНЫ СУСТАВНОГО ХРЯЦА.....	48
Наср Аль Кали ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА НЕПРЕРЫВНОГО ПАССИВНОГО ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ.....	50
Наср Аль Калі, Корольков О.І. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМІКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	51
Омельчук В.П., Омельчук І.В. ФІКСАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ГВИНТІВ РІЗНИХ ТИПІВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗІ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	52
Павленко С.Н., Пелипенко А.В., Ковалёв А.С. АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ. ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	54
Пелипенко О.В., Баженов А.А., Гончаров А.В., Дідик Н.Р., Жигайлов С.С., Ковальов О.С., Соколка В.В. ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТРАВМИ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	56
Пелипенко О.В., Березан О.І., Ковальов О.С. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У GERONТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	57

<p>Півень Ю.М. , Литвин Ю.П.  ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ  БАГАТОФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ  КІСТКИ .....</p>	59
<p>Полівода О.М., Гузенко О.А., Бібіков О.А.  РЕГЕНЕРАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДЕСТРУКТИВНИХ  ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ І ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.....</p>	60
<p>Полулях М.В., Герасименко С.І., Бабко А.М., Герасименко А.С., Полулях Д.М.  ПОМИЛКИ ТА ЇХ НАСЛІДКИ ПРИ ІМПЛАНТАЦІЇ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА  ПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....</p>	61
<p>Проценко В.В., Чорний В.С., Ільницький О.В.  ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УРАЖЕННЯ КІСТОК ПРИ ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗІ.....</p>	62
<p>Проценко В.В., Чорний В.С., Дуда Б.С.  РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ З МЕТАСТАТИЧНИМИ  ПУХЛИНАМИ КІСТОК.....</p>	63
<p>Пустовойт Б.А., Пустовойт К.Б., Тохтамишев М.О.  ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ЛАТЕРАЛЬНОЇ  ГІПЕРПРЕСІЇ НАДКОЛІНКА.....</p>	64
<p>Радченко В.А., Попсуйшакпа К.А., Карпинский М.Ю., Карпинская Е.Д., Тесленко С.А.  ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ  ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....</p>	66
<p>Радченко В.О., Куценко В.О., Попов А.І., Карпінський М.Ю., Карпінська О.Д.  МОДЕЛЮВАННЯ ВАРІАНТІВ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЇ ФІКСАЦІЇ ГРУДНОГО  ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ОДНОГО/ДВОХ/ТРЬОХ ХРЕБЦІВ.....</p>	68
<p>Ременюк Ю.К., Сикорская М.В., Душенко В.В., Волк Ф.А., Каплиенко А.Ю.  ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ (БМС) ПРИ  РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫМИ  КОНТРАКТУРАМИ.....</p>	69
<p>Рой І.В., Калашніков А.В., Баяндіна О.І., Малик В.Д., Калашніков О.В.  РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ  КІСТКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО  ОСТЕОСИНТЕЗУ .....</p>	70
<p>Стауде В.А., Котульский И.В., Дуплий Д.Р., Карпинская Е.Д.  ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ М. ERECTOR SPINAE У ЛИЦ С АСИММЕТРИЧНЫМ  РАСПОЛОЖЕНИЕМ ТАЗА И КРЕСТЦА .....</p>	71
<p>Тяжелов А.А., Гончарова Л.Д.  ПАТОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВМП.....</p>	72

Чорний В.С., Проценко В.В. ВИПАДОК АДАМАНТИНОМИ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ.....	74
Чубар В.М., Білобровко В.В., Яремішин А.В., Яремішин Я.А. МОЖЛИВІСТЬ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ СИСТЕМИ ЕТБС- ІТО, АТ «МОТОР СІЧ» В УМОВАХ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ...	75
Шаломеев В.А., Айкин Н.Д., Цивирко Э.И., Клочихин В.В., Черный В.В. РАЗРАБОТКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА НОВОГО ДЕФОРМИРУЕМОГО МАГНИЕВОГО СПЛАВА ДЛЯ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ.....	76
Шищук В.Д., Терехов А.М., Сухоставець В.О., Крива С.О. ЗАСТОСУВАННЯ ПОЗАВОГНИЩЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ ПОЛІТРАВМИ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ.....	77

стандартная рентгенография позвоночника в двух проекциях;  
МРТ пораженного отдела в сагиттальной и фронтальной проекциях;  
КТ пораженного сегмента;

оценка неврологического статуса в пред- и послеоперационном периоде.

**Хирургическое лечение.** Стратегия хирургического лечения для каждого пациента вырабатывается на консилиуме с участием онкологов, неврологов, ортопедов. Хирургическая тактика лечения предполагает тотальное удаление опухоли. С учетом анатомических особенностей радикальность операций у больных с метастатическим поражением позвоночника считается условной и практически всегда требует проведения дополнительного лечения.

При выполнении декомпрессионно-стабилизирующих операций задним доступом выполняется ламинэктомия с последующей стабилизацией транспедикулярной системой.

При переднем доступе выполняется резекция тела с замещением дефекта протезом или костным цементом с последующей стабилизацией.

**Результаты.** Результат хирургического лечения проявляется в купировании болевого синдрома и регрессе неврологических симптомов. Декомпрессия спинного мозга положительно отражается на состоянии трофики. Высокая стабильность транспедикулярных систем позволяет производить активизацию больных в раннем послеоперационном периоде.

**Выводы.** Современный подход к хирургии вторичных опухолей спинного мозга, в том числе злокачественных и метастатических, предполагает при определенных условиях тотальное удаление опухоли и полноценное восстановление опороспособности позвоночника с последующими лучевой или (и) химиотерапией.

Декомпрессионно-стабилизирующие операции, являясь паллиативным вмешательством, в значительной степени улучшают качество жизни обреченных больных за счет ликвидации компрессии спинного мозга и нестабильности позвоночника, продлевая им активную жизнь.

## **НАШ ОПЫТ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.**

**<sup>1</sup>Ивченко Д.В., <sup>2</sup>Кузьминчук С.А., <sup>2</sup>Засипко И.А., <sup>1</sup>Москальков О.П., <sup>2</sup>Мирошников В.В.**

*<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет.*

*Запорожье. Украина.*

*<sup>2</sup>Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи.*

*Запорожье. Украина.*

**Цель.** Проанализировать результаты применения оперативного лечения в объеме тотального эндопротезирования на базе ортопедического отделения КУГКБЭ и СМП.

**Материалы и методы.** Переломы шейки бедренной кости в литературе описываются как настоящая эпидемия: в 1990 г. во всем мире зарегистрировано около 1,3 млн. таких переломов, а к 2050 г. ожидается рост этого показателя до 4,5 млн. (Heithoff K., 1990; Koval K., 1994).

Повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье среди причин инвалидности и смертности населения (Корнилов Н. В. и Шапиро К. И., 1993).

К. Koval и J. Zuckerman (1994) отмечают, что среди пожилых людей с переломами шейки бедра смертность в течение 1 го года колеблется от 14 до 36%. Кроме того, в 20 - 50% случаев пациенты с переломами шейки бедренной кости становятся инвалидами. Все это свидетельствует об огромной социальной значимости данной проблемы. Единственным современным аргументированным и наиболее эффективным методом лечения



повреждений тазобедренного сустава является тотальное эндопротезирование. Это оперативное вмешательство избавляет больных от боли, хромоты, ложных установок и укорочения конечности, возобновляются движения в суставе. Эндопротезирование тазобедренного сустава - хирургическое вмешательство, целью которого является вернуть подвижный безболезненный сустав, позволяющий вернуться к привычной жизни.

Срок службы эндопротеза составляет в среднем 15-20 лет, а во многих случаях больные пользуются ими до 30 лет. При износе эндопротеза его заменяют новым.

Хирургическое лечение больных с повреждением шейки и головки бедренной кости должно применяться по строгим показаниям с учетом общего состояния, степени деформации сустава, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний.

Перелом шейки бедра – травма, при которой происходит нарушение целостности бедренной кости в области шейки – самой тонкой части, соединяющей тело кости с ее головкой.

Перелом шейки бедра составляет 6% от всех видов переломов. Статистика показывает, что чаще всего он бывает патологическим, возникает в результате незначительной травмы у человека с остеопорозом. Патология наиболее распространена среди женщин после менопаузы. 90% случаев приходится на людей старше 65 лет.

#### **Результаты и обсуждение.**

За последние 2 года в ортопедическом отделении ГКБЭиСМП г. Запорожья проведено 142 операции эндопротезирования тазобедренного сустава, среди них 86 по ургенту, 64 плановых операций. Возраст больных от 27 до 96 лет.

При выборе оперативного лечения использовали эндопротезы отечественного производителя «ЭТБС2 Мотор Сич», «ИТО Мотор Сич», зарубежной фирмы «Zimmer» (TrabecularMetal, Trilogy, СРТ, AvenirMuller). Каждый из компонентов эндопротеза различных фирм имеет свои конструктивные особенности, требует особой хирургической техники и т.д. Материалы, из которых изготавливают современные эндопротезы суставов, обладают высокой прочностью и хорошей приживаемостью в организме человека.

Предоперационная подготовка и планирование – это самый важный этап, от которого зависит успех оперативного лечения. В ургентных случаях выполнить предоперационную подготовку в полном объеме сложнее. Но все-таки больной обязательно осматривается терапевтом, анестезиологом, другими специалистами в соответствии с наличием сопутствующей патологии. Кроме забора анализов крови и мочи, УЗД (сосудов конечностей, ФГДС, осмотра смежных специалистов, мы уделяем внимание функциональному состоянию больного. В предоперационную подготовку входят занятия с методистом по ЛФК, обучение ходьбе с помощью ходунков\костылей, дыхательная гимнастика, укрепление мышц рук, спины и ног, что в свою очередь является профилактикой образования пролежней, застойных явлений в малом и большом круге кровообращения, профилактикой тромбозомболических осложнений и, по нашим наблюдениям, ускоряет процес реабилитации в раннем послеоперационном периоде.

При проведении тотального эндопротезирования тазобедренного сустава мы в своей практике при обработке операционного поля в процессе ушивания производим обработку полости раны при использовании пульс-лаваж, раствором хлоргикседина 0,05% 800 мл, следующим этапом производим обработку раствором Бетадина (Повитон-йод) в объеме 200 мл. При наличии остеопороза вертлужную впадину щадяще обрабатывали фрезами с последующим укреплением ее стенок аутооттрансплантатами, взятыми из удаленной головки бедренной кости. При наличии металлоконструкций, которые были ранее использованы для фиксации переломов шейки бедренной кости, первым этапом удаляли данную конструкцию с последующей установкой эндопротеза. При наличии костных дефектов, оставшихся после удаления металлоконструкции, проводили костную пластику.

В послеопераційному періоді проводились профілактика тромбоемболії легочної артерії путем введення низкомолекулярних фраксипаринів (фленокс 0,4) і накладення еластичного бинтування від кончиків пальців до верхньої треті бедра.

Ендопротезування є ефективним радикальним методом лікування тяжких захворювань і травм тазобедерного суглоба. Диференційований підхід до кожного конкретного випадку дає позитивні результати. Всі хворі були активізовані на другі-третьє сутки після операції. Проводиться ходьба з допомогою ходунків, дозована навантаження на прооперовану кінцівку була дозволена вже з 3-х днів після оперативного лікування.

Виписка проводиться через 10-12 днів після операції. Слід продовжувати реабілітаційні заходи, строго дотримуючись рекомендацій оперувача хірурга. При необхідності можлива госпіталізація в реабілітаційний центр для відновлення під керівництвом спеціалістів-реабілітологів. Обмеження в фізичній навантаженні на оперовану кінцівку слід дотримуватися впродовж 6-8 тижнів після операції, впродовж цього часу рекомендується використання додаткової опори.

**Висновки.** Ендопротезування тазобедерного суглоба є точним хірургічним втручанням, метою якого є повернути рухливий безболісний суглоб, що дозволяє повернутися до звичайного життя. Розвиток технічного прогресу привів до появи матеріалів, які можуть замінити пошкоджений суглоб штучним. Так само, як і звичайний тазобедерний суглоб, штучний складається з круглої головки і вогнутої западини, в якій головка і обертається, що дозволяє виконувати звичайний обсяг рухів. Для кожного конкретного випадку вибирається відповідний протез.

## **ПЕРВИННЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

**Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Хайло П.А., Канзюба М.А.**

*НДІ ТО Донецького національного університету ім. М. Горького.*

*Львів. Україна.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра загальної хірургії з курсом травматології, оперативної хірургії та судової медицини.*

*Ужгород. Україна.*

**Вступ.** При переломах вертлюгової ділянки домінуючою позицією є застосування різних варіантів накісткового або інтрамедулярного остеосинтезу з метою стабільної фіксації кісткових фрагментів і ранньої мобілізації пацієнтів. Однак, у суперечності доступності існуючих сучасних металоконструкцій, а також технологій мінімально-інвазивного остеосинтезу, частота незадовільних результатів і ускладнень після виконання остеосинтезу при черезвертлюгових переломах, за даними різних авторів, сягає 20 % (Воронцова Т.А. та ін., 2016; Bottai V. et al., 2014).

Найбільш розповсюдженими ускладненнями – до 20% – є вторинне зміщення фрагментів після репозиції і внутрішнього остеосинтезу внаслідок раннього навантаження оперованої кінцівки. У 28% пацієнтів після остеосинтезу переломів вертлюгової ділянки спостерігаються інфекційні ускладнення ранового процесу. Застосування остеосинтезу обмежується наявністю значних дегенеративних змін у кульшовому суглобі на стороні пошкодження.

У якості альтернативи остеосинтезу при переломах вертлюгової ділянки стегнової кістки у пацієнтів похилого і старечого віку, в останні роки, розглядається первинне ендопротезування кульшового суглоба. Разом з тим, імплантація стегнового компонента