

до розробки даного алгоритму. Крім того, у дану групу увійшли 2 пацієнти, первинне оперативне лікування яким проведено в інших лікувальних закладах, із пізніми рецидивами вивихів (в одного через 4 роки після первинної операції, у другого — через 2 роки). Ці двоє хворих були повторно оперовані в ІПХС із позитивним результатом. У всіх хворих за архівними комп'ютерними томографічними сканами були визначені необхідні параметри — дефіцит суглобової поверхні головки плечової кістки, площа дефекту головки плечової кістки, площа суглобової поверхні лопатки, кут інклинації дефекту, розраховували відносини кутів і співвідношення площ.

Спосіб хірургічного втручання, визначений за розробленим нами алгоритмом, і реально виконаний спосіб збіглися в 9 пацієнтів даної вибірки. У всіх цих пацієнтів результати лікування виявилися добрими або відмінними. У 2 пацієнтів (із реоперацією) рекомендований алгоритмом обсяг оперативного лікування і реально виконаний обсяг втручань були різними. Так, згідно з даними алгоритму, в обох випадках було показано виконання, окрім передньої капсулопластики, також ремплісації дефекту головки плечової кістки сухожиллям *m.infraspinatus* (із використанням анкерних фіксаторів), а реально була виконана тільки операція Bankart або передня капсулопластика. Ефективність реально виконаних втручань виявилася недостатньою. У пацієнтів розвилися пізні рецидиви нестабільності.

Висновки. Розроблений алгоритм вибору тактики хірургічного лікування показав свою ефективність і може бути використаний у клінічній практиці.

УДК 616.727.2-008.63-001-08

Тяжелов О.А., Біцадзе М.З., Карпінська О.Д.,
Паздніков Р.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф.
М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА ПРИ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ХІЛЛ-САКСА ТА БАНКАРТА

Було досліджено результати лікування 63 пацієнтів із нестабільністю плечового суглоба при поєднаних пошкодженнях Хілл-Сакса та Банкарта. Вік хворих коливався від 16 до 63 років. Хворих було поділено на три групи відповідно до виконаних оперативних втручань: I група — стабілізація переднього відділу капсули плечового суглоба анкерними фіксаторами, кісткова автопластика дефекту голівки плечової кістки — 13 пацієнтів; II група — стабілізація анкерними фіксаторами — 23 пацієнти; III група — стабілізація анкерними фіксаторами, ремплісація дефекту голівки плечової кістки — 28 пацієнтів.

Дані було оброблено статистично методами таблиць спряженості.

Результати та їх обговорення. Спосіб оперативного втручання залежить від первинного стану плечового

суглоба, що, зі свого боку, залежить від розміру дефекту голівки плечової кістки. З урахуванням того, що розмір дефекту має певну варіабельність, було поділено розміри дефекту на 8 категорій: до 5 %, від 5 до 10 %, від 10 до 15 %, від 15 до 20 %, від 20 до 25 %, від 25 до 30 %, від 30 до 35 % та більше 35 %. У всіх хворих I групи величина дефекту перевищувала 30 % ($34,15 \pm 2,47$ %). У хворих II групи в 95,7 % випадків величина дефекту не перевищувала 20 % ($13,43 \pm 3,16$ %). У III групі хворих величина дефекту була в 92,9 % випадків від 20 до 30 % ($23,40 \pm 3,83$ %).

До операційного обстеження всі пацієнти відмічали наявність повторних вивихів плечового суглоба, що і стало причиною звернення до лікаря. Після операційного лікування, незалежно від виду втручання, і через 6 міс., і через рік пацієнти не відмічали рецидивів вивихів плечового суглоба. При зверненні до лікарні хворі переважно (90 %) скаржилися на помірне обмеження рухів (10 балів), помітної різниці між групами не відмічено ($p = 0,317$). Через 6 міс. після хірургічного лікування 30 % хворих не відмічали обмежень рухів у повсякденному житті. Переважно (15 — 65,2 %) це були хворі II групи, серед хворих III групи таких було 5 (17,9 %). Хворі I групи через 6 міс. після хірургічного лікування відмічали легке обмеження рухів у суглобі. На цьому етапі спостерігається помітний розбіг результатів відновлення функції суглоба в групах, що підтверджується статистично ($p < 0,01$). Через 1 рік після хірургічного лікування не відмічали обмежень рухів у суглобі 80 % хворих — майже 22 із 23 (95,7 %) пацієнта II групи, 27 із 28 (75,0 %) III групи і 9 із 13 (69,2 %) I групи. На цей період результати лікування в групах вирівнюються та різниця стає статистично незначущою ($p = 0,079$). До лікування 87,5 % пацієнтів скаржилися на 50% ротацію та відведення верхньої кінцівки та 10,9 % — на 75% ротацію та відведення. Обмеження рухів спостерігалось в 1 хворого. Статистичної різниці між групами не відмічено ($p = 0,176$). Через 6 міс. після операції у всіх хворих I групи відмічалася 75% ротація верхньої кінцівки, у хворих II групи — у 8 (34,8 %), у хворих III групи — у 23 (82,1 %). У решти пацієнтів обсяг рухів відновився повністю. Різниця в результатах реабілітації на період 6 міс. після операції була на статистично значущому рівні ($p < 0,01$). Через 1 рік після операції повністю відновили функцію плечового суглоба 81,2 % пацієнтів, із них у I групі — 9 (69,2 %), у II — 22 (95,7 %), у III — 21 (75,0 %). У інших обсяг рухів становив 75 %. Статично значущої різниці між групами на період 1 рік після операції не знайдено ($p = 0,079$).

До початку лікування у всіх хворих відмічали поганий стан плечового суглоба, тобто він оцінювався нижче 50 балів. Через 6 міс. після операції в 98,4 % хворих відмічено відмінний результат, причому 15 (65,2 %) хворих II групи і 5 (17,9 %) хворих III групи показали результат 100 балів. У 92,3 % хворих I групи відмічався 90-бальний результат, і в 1 (7,7 %) результат оцінювали в 70 балів — задовільний. На період 6 міс. після операції різниця між групами статистично значуща ($p < 0,01$). Через 1 рік після операції 81,7 % хворих

відмічали 100-бальний результат. У I групі 9 (69,2 %) хворих відмічали 100-бальний результат, у II групі таких хворих було 22 (95,7 %), у III — 21 (75,0 %). На період спостереження 1 рік після операції у всіх хворих відмічався відмінний результат. У I групі пацієнтів частіше спостерігали рецидиви вивиху 1–2 рази за півроку в 3 (23,1 %) та 1–2 рази на місяць у 4 (30,8 %), у II групі частіше спостерігали рецидиви вивихів 1–2 рази на місяць — у 10 (43,5 %) хворих та 1–2 рази на місяць — у 9 (39,1 %), у III групі хворі частіше відмічали рецидиви вивихів 1–2 рази на місяць — 10 (35,7 %) та 1–2 рази на тиждень — 8 пацієнтів (28,6 %). Але на початок лікування статистичної різниці між групами за кількістю рецидивів вивихів не відмічено ($p = 0,348$). У післяопераційному періоді рецидивів вивихів та підвищень не спостерігали. До операційного лікування 90 % хворих відмічали помірні труднощі з іммобілізаційною пов'язкою. Через 6 міс. 71 % пацієнтів відмічали незначні труднощі, а 30 % хворих через 6 міс. і 100 % через 1 рік відмовилися від іммобілізації. До операції 73,4 % хворих відмічали наявність помірного болю, через 6 міс. у 87,5 % хворих біль змінився на невиражений, а через 1 рік хворі не скаржилися на болі. До операції в 65,6 % хворих спостерігали помірне обмеження повсякденної активності, причому хворі I групи відмічали значне обмеження активності в 30,8 % випадків. Через 6 міс. 80 % хворих відмічали незначне обмеження повсякденної активності (у I групі хворих — 100 %). Через 1 рік 98 % хворих не мали обмежень у повсякденній активності. Статистично значущої різниці між групами в періоді спостереження не знайдено. Стан хворих щодо побоювання повторних вивихів плечового суглоба щодня до операції становив майже 97 %. Через 6 міс. тільки 25 % хворих іноді проявляли занепокоєність стосовно вивиху суглоба, частіше це проявлялося у хворих I групи — 5 (38,5 %). Через 1 рік ці страхи зникли у всіх хворих. До операції 60 % хворих відмічали проблеми у виконанні повсякденної роботи (4 бали), переважно на обмеження скаржилися хворі I (84 %) та III (89 %) групи. Цей показник статистично значущо різний у групах ($p < 0,01$). Через 6 міс. 72 % хворих відмічали поодинокі випадки труднощів у виконанні повсякденної роботи, а через рік — тільки 7 %. Проблема з плечовим суглобом до операції заважала соціальному життю хворих I групи в 77 % більшість днів за останні 3 місяці до операції, хворим III групи — в 56,5 % тільки іноді та в 39 % — більшість днів, II групи — переважно в 57 % більшість днів. Різниця між групами статистично значуща ($p < 0,01$). Через 6 міс. 64 % хворих відмічали труднощі соціального життя, із них майже 92 % хворих I групи (12), різниця між групами статистично значуща ($p < 0,029$). Через 1 рік 95 % хворих обмежень у соціальному житті не відчували. Усі хворі до операції мали обмеження при заняттях спортом. Через 6 міс. 7,8 % хворих не відчували обмежень у плечовому суглобі під час занять спортом, 34,4 % — відчували незначний дискомфорт, а 57,78 % — відчували деякий час проблеми з плечовим суглобом. Найгірші результати показали хворі III групи, в якій на обмеження при

заняттях спортом (3 бали) скаржилися 78,6 % та хворі I групи — 61,5 %. Різниця між групами на період спостереження через 6 міс. після операції статистично значуща ($p < 0,01$). Через 1 рік не мали обмежень у плечовому суглобі 82 % хворих. У хворих першої групи в 38,5 % випадків (5 пацієнтів) іноді виникали проблеми. При звичному вивиху плеча хворі скаржилися на неможливість піднімати вагові предмети. Через 6 міс. 68,8 % хворих відмічали обмеження в підніманні ваги тільки в рідких випадках, а через рік 89,3 % не відмічали обмежень. Але 30,8 % хворих I групи відмічали випадки в обмеженні піднімання ваги. При зверненні до лікарні 89,1 % хворих відчували сильний і 4,7 % дуже сильний біль у плечовому суглобі. Через 6 міс. після операції 40 % хворих взагалі не відчували болю, а 60 % скаржилися на слабкий біль. Частіше на слабкий біль скаржилися хворі I групи (84,6 %) та III групи (71,4 %). Різниця статистично значуща ($p < 0,01$). Через 1 рік хворі болю не відмічали. До операції проблеми в плечовому суглобі завдавали проблем у положенні лежачи в постелі практично постійно в 45 % хворих, у 50 % — іноді. Через 6 міс. 90 %, а через рік 100 % хворих не відчували незручностей у ліжку.

Висновки. Результати лікування (за шкалою Rowe) за методом хірургічного втручання, обґрунтованим відповідно до наших досліджень, кращі ($p < 0,01$), ніж результати лікування згідно зі старими методами підходу як через 6 міс. після операції, так і через 1 рік. Результати за новими методами оцінювали в межах 90–100 балів — відмінний результат, за старими підходами результат не перевищував 80 балів на термін 6 міс. спостереження (60–80 балів), а через рік досяг меж від 65 до 85 балів і оцінювався як задовільний.

УДК 616.728.2-089.843:616.718.4-001.5-089.2-06

Филиппенко В.А., Танькут В.А., Бондаренко С.Е.,
Танькут А.В., Аконджом М.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Актуальность. После неудачной фиксации фрагментов проксимального отдела бедренной кости могут возникать сложности при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Цель: проанализировать результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава после неудачной попытки фиксации перелома проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. Были проанализированы 27 пациентов (27 суставов) с осложнениями после неудачной фиксации перелома проксимального отдела бедренной кости (15 женщин и 12 мужчин). Средний возраст составил 64 года (от 43 до 82 лет). У 22 паци-