

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 підвивихів 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-

ентов было несращение, у 5 — неправильное положение стабилизирующей конструкции. 16 пациентов были прооперированы по поводу перелома шейки бедренной кости, 10 — межвертельного перелома и 1 — подвертельного перелома проксимального отдела бедренной кости. В 17 случаях выполнено тотальное бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава, в 9 случаях — цементное и у 1 пациента — гибридное.

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 3,5 года (от 2 до 6 лет). Состояние сустава по шкале Харриса после операции улучшилось с 32 до 85 баллов. Не было ни одного случая миграции компонентов. Наблюдались 2 вывиха и один отрыв большого вертела. Был отмечен один случай поверхностной инфекции.

Вывод. Эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективным методом лечения после неудачной фиксации перелома проксимального отдела бедренной кости. Наблюдение этой группы пациентов продолжается.

УДК 616.728.2-089.28

Филиппенко В.А., Тянькут А.В., Мезенцев В.А., Бондаренко С.Е., Марущак А.П., Гетьман А.П.
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков, Украина

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕФЕКТАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Актуальность. Наличие дефектов проксимального отдела большеберцовой кости вызывает трудности при эндопротезировании коленного сустава и требует обоснованного и дифференцированного подхода к выбору методики пластики.

Цель: проанализировать результаты эндопротезирования коленного сустава при дефектах проксимального отдела большеберцовой кости.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2015 г. были проанализированы 133 случая (46 мужчин и 87 женщин) операций эндопротезирования коленного сустава, при которых выполнялась пластика дефектов проксимального отдела большеберцовой кости. Средний возраст больных составил 62 года (от 45 до 75 лет).

При дефектах проксимального отдела большеберцовой кости менее 1 см в глубину пластику выполняли костным цементом (28 пациентов), реконструкцию проксимального отдела большеберцовой кости при костном дефекте более 1 см в глубину осуществляли при помощи армирования костным цементом и шурупами (12 пациентов); использовали аутотрансплантат при наличии достаточного количества костной ткани после резекции суставных поверхностей (48 пациентов) либо выполняли аллопластику трансплантатами ИППС (18 пациентов). При более крупных дефектах проксимального отдела большеберцовой кости выпол-

няли эндопротезирование с большеберцовым стемом (28 пациентов), а при несостоятельности боковых связок и тяжелых деформациях выполняли эндопротезирование ревизионными конструкциями фирмы Link (11 пациентов).

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 3,5 года (от 1 до 7 лет). Состояние сустава по шкале Лекена и шкале Вомак после операции улучшилось. Не было ни одного случая миграции компонентов и остеолита. Был отмечен один случай поверхностной инфекции.

Вывод. Правильный выбор методики пластики при дефектах большеберцовой кости позволяет добиться хороших результатов эндопротезирования коленного сустава. Наблюдение этой группы пациентов продолжается.

УДК 616.71-001.5-089.881:615.462.001.53

Хмизов С.О., Пашенко А.В., Карпінський М.Ю., Карпінська О.Д., Суббота І.А.
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ ПЕРВИННОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ІНТРАМЕДУЛЯРНИХ ФІКСАТОРІВ РІЗНОГО ТИПУ

Проблема лікування деформацій довгих кісток кінцівок є однією з ключових у дітей із порушенням якості кісткової тканини у зв'язку з комбінованим характером деформації, частими патологічними переломами кісток сегментів кінцівок на вершині деформації, рецидивом деформації в післяопераційному періоді, а також нестабільністю фіксаторів, що обумовлено якістю кісткової тканини. Також відмічаються значне обмеження функції опори та ходьби, неможливість самообслуговування пацієнтів та погіршення якості життя. На сьогодні використовують переважно інтрамедулярні телескопічні системи: Bailey — Dubow (Syntes, USA), Sheffieldrods (AesculapLtd, UK), Fassier — Duval (Pega Medical, Canada), а також титанові еластичні стрижні (Titanium elastic rods (Synthes, USA; De Puy Synthes, USA; Stryker, GB)). Функцію цих фіксаторів можна поділити на 2 етапи: ранній післяопераційний період — забезпечення стабільної фіксації фрагментів кістки в зоні остеотомії до їх зрощення; віддалений період — забезпечення функції опори та ходьби в процесі росту кінцівки.

Мета дослідження: визначити в експерименті міцність первинної стабілізації кісткових фрагментів при використанні інтрамедулярних фіксаторів різного типу.

Матеріали та методи дослідження. У лабораторії біомеханіки ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проведені експериментальні дослідження міцності первинної стабілізації фрагментів стегнової кістки при використанні інтрамедулярних фіксаторів різних типів. Експеримент