

- Cochrane Database of Systematic Reviews /B.Shea, M.V.Swinden, Tanjong Ghogomu E. [et al.].- 2013.- №5: CD000951.dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000951.pub2
18. Smith S.W. Case files of the New York City Poison Control Center: Antidotal strategies for the management of methotrexate toxicity /S.W.Smith, L.S.Nelson //J. Med. Toxicol.- 2008.- №4.- P.132-140.
19. Sweetman S, editor. Martindale. The Complete Drug Reference. 37 th ed. London: The Pharmaceutical Press; 2011
20. Therapies for active rheumatoid arthritis after methotrexate failure /O'Dell JR [et al.] //New England J. of Medicine.- 2013.- 11.dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1303006
21. Santos-Moreno P.I. Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate alone and in combination with other conventional DMARDs using the T2T strategy. A cohort study /P.I.Santos-Moreno //Clinical Rheumatology.- 2015.- №34.- P.215-220.

Гулько И.П.

ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТОМ (ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)

Резюме. В статье представлен обзор данных относительно осложнений при применении метотрексата для терапии ревматологических заболеваний. Показано, что лечение метотрексатом редко сопровождается серьезными осложнениями, однако их возникновение требует отмены препарата и проведения ряда неотложных мер. Профилактика осложнений при использовании метотрексатом в ревматологии остается открытым вопросом.

Ключевые слова: ревматология, метотрексат, осложнения.

Gunko I.P.

COMPLICATIONS DURING TREATMENT WITH METHOTREXATE (VIEW OF THE PROBLEM)

Summary. The article provides an overview of data on complications in the application of methotrexate for the treatment of rheumatic diseases. It has been shown that treatment with methotrexate is rarely accompanied by serious complications, but their occurrence requires the preparation and conduct of a number of urgent measures. Prevention of complications when using methotrexate in rheumatology remains an open question.

Key words: rheumatology, methotrexate, complications.

Рецензент: д.мед.н., профессор Андрушко І.І.

Стаття надійшла до редакції 19.10.2015

Гулько Ирина Петрівна - к.мед.н., доцент кавфедри внутрішньої медицини №1 ВНМУ ім.М.І.Пирогова; igunko@bigmir.net

©Каяфа А.М., Жук О.М., Демчук Р.М.

УДК: 616.718.4-001.5-036.22

¹Каяфа А.М., ²Жук О.М., ¹Демчук Р.М.

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра травматології та ортопедії (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна); ²Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І.Пирогова, опікове відділення (вул. Пирогова, 46, м.Вінниця, 21000, Україна)

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ВЕРТЛЮГОВІЙ ДІЛЯНЦІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. Літературний огляд присвячений актуальній проблемі в травматології та ортопедії - лікування вертлюгових переломів стегнової кістки. Авторами був проведений аналіз матеріалів закордонних (із використанням бази даних PubMed) та вітчизняних видань, в котрих описують сучасні методи лікування даної патології, позитивні та негативні результати хірургічних тактик лікування, переваги та недоліки фіксаторів для остеометалосинтезу, дають оцінку віддаленим результатам лікування та якості життя.

Ключові слова: черезвертлюгові та міжвертлюгові переломи стегнової кістки, класифікація, остеометалосинтез.

Лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки являється актуальною проблемою сучасної травматології та охорони здоров'я в цілому, завдяки високій частоті даної травми в популяції, характерній для людей старшої вікової групи (літнього та старечого віку).

Переломи стегнової кістки у вертлюговій ділянці відносяться до позасуглобових (латеральних) переломів і по анатомо-морфологічній структурі являються більш сприятливими для зрощення у порівнянні з медіальними переломами шийки стегнової кістки. Черезвертлюгові переломи (fractura retrochanterica) часто бувають відламовими та супроводжуються відривом малого вертлюга. Для міжвертлюгових переломів (fracture intertrochanterica) характерним є проходження

лінії зламу біля основи шийки і вони часто бувають вкочоченими. Вертлюгові переломи стегнової кістки відносяться до важких високоенергетичних травм у молодих людей, котрі складають меншу частку пацієнтів з даною травмою. Як правило, через- та міжвертлюгові переломи виникають у людей старшої вікової групи після низькоенергетичних травм, що обумовлено остеопоротичними змінами скелетно-м'язової системи [1, 7, 12, 17, 19].

Вертлюгові переломи стегнової кістки складають від 3% до 6% від усіх випадків травм, а від числа потерпілих з переломами стегнової кістки до 52%. У жінок переломи даної локалізації зустрічаються в 4-6 разів частіше, ніж у чоловіків. Слід зазначити, що в механогенезі переломів проксимального відділу стегнової

кістки у пацієнтів старшої вікової групи важливу роль грає вплив таких загальних факторів, як деменція, зниження зору та слуху, гіпотонус скелетних м'язів, зміни з боку нервової системи, ортостатична гіпотензія, фармакотерапія, артрози, зниження адаптаційних механізмів до змін соціуму та довкілля. Деякі автори у механізмі травми відзначають роль низької маси тіла ($IMT < 20 \text{ кг/м}^2$) у поєднанні з високою потенціальною енергією падіння на фоні системного остеопорозу у співвідношенні 1,4:1 (при порівнянні переломів шийки та вертлюгової ділянки). Більше 91% даних переломів припадають на людей 65 років і старше [3, 5, 8, 18].

Метою даного огляду є висвітлення питання перспективи використання сучасних металофіксаторів для хірургічного лікування вертлюгових переломів стегнової кістки.

Травма різко змінює життєвий стереотип людини старшого віку. Цей зрив адаптаційних механізмів часто призводить до швидкого загострення супутніх хронічних захворювань серцево-судинної та дихальної систем, також додаються гіпостатичні ускладнення ліжкового режиму. Тому, вкрай важливо в лікуванні таких хворих якнайшвидше досягти ранньої мобілізації та соціальної адаптації. Але, як показує статистика, через півроку після травми лише 1/3 хворих, котрі були функціонально активними до травми, здатні ходити самостійно чи з допомогою ортопедичних засобів. Результати багатьох зарубіжних та вітчизняних досліджень вказують на необхідність ранньої активності, оскільки встановлена залежність між ранньою активністю та тривалістю життя. Раннє відновлення функції-ходьби впливає не тільки на функціональний прогноз, але й збільшує тривалість життя [2, 3, 5, 9, 10, 13].

На сьогодні немає єдиної універсальної класифікації вертлюгових переломів стегнової кістки. Залежно від лінії перелому їх поділяють на: міжвертлюгові, черезвертлюгові, підвертлюгові та ізольовані переломи великого та малого вертлюгів. Окрім того, переломи класифікуються не лише ізольовано, а й в системі класифікації проксимальних переломів стегнової кістки. Доцільними для визначення тактики лікування та вибору методу металофіксації є класифікація по АО/ASIF та за Капланом А.В.

Вибір методу лікування.

В Україні, підтримуючи світові тенденції, на зміну консервативному методу лікування прийшла активна хірургічна тактика. Такий підхід виявився значно складнішим. Багато питань виникає щодо термінів оперативного втручання та можливостей анестезіологічного забезпечення. Підготовка хворого до хірургічного втручання потребує якнайшвидших різнопрофільних діагностичних та лікувальних заходів.

Головною метою в лікуванні осіб літнього та старечого віку є досягнення стабільної фіксації перелому із подальшою ранньою активізацією хворого, що створює оптимальні механічні та біологічні умови для консолі-

дації перелому. Лікування хворих з вертлюговими переломами стегнової кістки являється складним та багатоетапним процесом, який повинен починатися одразу з моменту госпіталізації хворого [11, 14, 15, 16, 17].

А.І.Цвях [18] запропонував функціональний метод лікування хворих літнього та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки. Вчений сформував три найважливіші умови, дотримання яких, на його думку, обов'язкові:

1. Активна поведінка пацієнта необхідна з першого дня перебування в стаціонарі.

2. Вибір лікувальної тактики у конкретного хворого залежить від його функціонального рівня.

3. Відновлення функціонального рівня пацієнта має пріоритет над відновленням функції пошкодженої кінцівки.

Рання активізація людей літнього віку має на меті два завдання: головне - збереження їх життя, шляхом попередження гіподинамічних ускладнень, та соціальна адаптація. Першу мету можна вважати досягнутою у тих хворих, які освоїли самостійний підйом на ноги. Соціальна адаптація обумовлена здатністю хворого до самообслуговування [18].

Сучасні тенденції зводяться до оперативного лікування хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки, що обумовлено кращими результатами (74,3-97%) та більш ранньою мобілізацією пацієнтів. Дискутабельними залишаються питання відносно термінів виконання оперативного втручання. За даними J.D.Zuckerman зі співавторами [2], зволікання з фіксацією перелому понад 3 дні подвоює показник смертності впродовж першого року після операції. McGuire K.J. [2] відмічає збільшення рівня смертності на 15% серед пацієнтів, котрим фіксація перелому була відтермінована більш ніж на 2 доби, в порівнянні з пацієнтами, що були прооперовані в перші 48 годин після травми. Проте, відтермінування операції для стабілізації стану пацієнта, компенсації чи субкомпенсації супутніх хронічних захворювань може бути виграшним. Необхідно розглядати будь-яке відтермінування хірургічного лікування дуже уважно, адже продовження ліжкового режиму до операції збільшує можливість виникнення інших проблем, зокрема таких, як тромбоз глибоких вен, застійні захворювання легень, інфекції сечовивідних шляхів та утворення пролежнів [2, 9, 10, 11, 18].

А.К.Дулаєв зі співавторами у 2011 році провели ретроспективний аналіз хірургічного лікування 188 пацієнтів із черезвертлюговими переломами стегнової кістки у віці від 56 до 102 років [6]. Сформовано було 2 групи: основна (81 пацієнт, які були прооперовані в перші 48 годин) та контрольна (107 пацієнтів, що прооперовані в періоді між 2-10 добою). Виділені окремі підгрупи: 1- підгрупа - фіксація DHS, 2 підгрупа - PFN (Proximal Femoral Nail) та 3 підгрупа - фіксація трьома канюльованими гвинтами. Результати хірургічного лікування оцінювали рентгенологічно через 12 місяців.

Також оцінювали функціональну здатність пацієнтів за шкалою Харріса. Встановлена явна перевага у використанні інтрамедулярного фіксатора типу PFN: консолідація в основній групі - 94,7%, в контрольній - 83,9%, що на 27,8% більше у порівнянні з другими підгрупами. Деформації стегнової кістки в обох групах при даному типі фіксації не відмічалось. Консолідація при DHS фіксації становила 86,4% в основній групі та 43,6% у контрольній; при остеометалосинтезі трьома гвинтами - 39,9% в основній групі та 14,3% у контрольній. Міграція металокопонування в основній групі: DHS-16,2%, PFN-31,6%, остеометалосинтез трьома гвинтами - 39,9%; в контрольній групі: 46,1%, 83,9%, 85,7% відповідно. Функціональні результати відмінні у 48,9% пацієнтів (понад половину становлять пацієнти підгрупи PFN), добрі результати і задовільні майже порівну у підгруп DHS та PFN. Функціональні результати через 12 місяців після остеометалосинтезу 3 гвинтами часто залишались незадовільними.

Можливість ранньої активізації хворих з повноцінним осьовим навантаженням на оперовану ногу на 3 день після операції та досягнення кращих функціональних результатів через 12 місяців спостерігається у пацієнтів обох груп дослідження, котрим виконано остеометалосинтез PFN [6].

Таким чином, більшість дослідників стверджують, що хворі старшої вікової групи з переломами стегнової кістки повинні бути прооперовані в перші 48 годин після травми для досягнення кращих результатів по консолідації перелому, зниження ризику смертності та досягнення прийнятних функціональних результатів.

У 2013 році А.Махмуд зі співавторами [20] провели проспективне порівняльне дослідження оперативно-технічних методик відкритих репозицій черезвертлюгових переломів DHS за звичайною та малоінвазивною технікою для визначення найбільш ефективного та малотравматичного методу; 60 пацієнтів були розділені на 2 групи: перша група - традиційний доступ, друга група - малоінвазивний доступ. Хворі в обох групах були прооперовані з використанням 135 градусних DHS з 4 отворами: 30 з використанням звичайної (OPEN) техніки (CDHS) і 30 хворих прооперовано малоінвазивною методикою оперативного лікування (MIDHS). Хворі були порівняні за віком, рівнем гемоглобіну і супутніми захворюваннями. Консервативне лікування в обох групах проводили за стандартним протоколом. Результати дослідження: тривалість малоінвазивної операції на 10 хвилин менша за операцію звичайного синтезу; більш раннє видалення дренажної системи в другій групі - протягом 24 годин з моменту операції (71% порівняно з 26%); незначна відмінність в двох групах по рівню післяопераційного гемоглобіну; інтраопераційна та 30-денна смертність в обох групах відсутня, але 6-місячна смертність склала 6,6% (2/30) у першій групі та була відсутня у другій групі. в перший рік смертність - 13,3% (4/30) була зафіксована в першій групі, 3,33% (1/30) у

другій [20].

У 2012 році В.К.Піонтковський зі співавторами [9] опублікували результати дослідження з оцінкою ефективності використання методики малоінвазивного остеосинтезу при вертлюгових переломах стегнової кістки. Для фіксації переломів, як стабільних, так і нестабільних, застосовували інтрамедулярні стержні Beznoska та ChM, цвяхи Stryker Gamma III та PFNa (Synthet). Було прооперовано 16 (37%) чоловіків та 27 (63%) жінок.

Для оцінки результатів лікування застосовували шкалу оцінки функціональної активності пацієнтів, оперованих із приводу перелому стегна (HFFRS - Hip Fracture Functional Rating Scale). Результати лікування були простежені у 39 (91%) хворих. Відмінні результати виявлені у 5 (13%) хворих, добрі - у 31 (79%) хворого, задовільні - у 3 (8%), незадовільні результати відсутні у пацієнтів даної групи.

При порівнянні результатів з використанням різних типів імплантів, перерахованих вище, не було відмічено суттєвих відмінностей. Можна стверджувати, що технічно проведення двох гвинтів у голівку при інтрамедулярному металосинтезі реконструктивними стержнями (ChM, Beznoska) є більш утрудненим та потребує більше часу, ніж при використанні стержнів ChM. При значно вираженому остеопорозі у 2 випадках відмічалася деяка міграція проксимальних гвинтів, у зв'язку з чим надалі у процесі реабілітації доводилося зменшити відсоток навантаження на оперовану кінцівку. У жодному з випадків не спостерігалось уповільненої консолідації перелому, що пов'язано, очевидно, із надійною фіксацією та добрим кровопостачанням даної ділянки. При переломах із вираженим остеопорозом краща стабільність досягається з використанням імплантів Gamma III та PFNa [9].

Л.М.Юрійчук зі співавторами [4] провели дослідження з 18 препаратами трупних кісток літніх людей. Вчені змоделювали нестабільні переломи вертлюгової ділянки стегнової кістки. Сформували 3 групи дослідження по 6 препаратів у кожній. У першій групі відломки фіксували ніжкою ендопротеза з цементом, у другій - DHS фіксатором, у третій - кутовою 130-градусною пластиною.

Результати дослідження показали, що середні показники деформації препаратів, відламки яких фіксовано ендопротезом, під дією згинальних навантажень нижчі, ніж у неушкодженої кістки за рахунок жорсткості ніжки ендопротеза. Деформація препаратів фіксованих кутовими пластинами у 1,3 рази, а DHS - в 2,5 рази більша, ніж деформація препаратів синтезованих ендопротезом. Сумарне взаємне зміщення відламків у разі фіксації КП у 5 разів, а у випадку фіксації DHS - у 8 разів більше, ніж за фіксації ендопротезом. Жорсткість препаратів загалом і жорсткість фіксації уламків була найвищою і близькою до параметрів неушкодженої кістки у разі металоцементного остеосинтезу за допомогою ендопротезування. Якщо жорсткість фіксації

уламків прийняти за 100%, то жорсткість фіксації КП буде становити 26,6%, а DHS - 18%.

У разі циклічних згинальних навантажень, ендпротезовані препарати виявилися жорсткішими за неушкоджену кістку, завдяки ніжці ендпротеза. За умов циклічних компресійних навантажень, препарати з ендпротезом виявились однаковими за жорсткістю з неушкодженою кісткою. Препарати з КП (кутова пластина) показали втричі меншу стійкість, порівняно з ендпротезом і втричі більшу, ніж фіксовані DHS.

Дослідження препаратів на максимальне осьове навантаження показало, що з ендпротезом вони витримують таке ж навантаження, як і неушкоджена кістка - понад 4000 Н (400 кг); препарати з фіксацією DHS витримують до 1400 Н (140 кг), після чого починається їх руйнування, а препарати з фіксацією КП витримують навантаження близько 300Н (30 кг) з наступним руйнуванням препарату та деформацією пластини.

Експериментальний метод дослідження дозволив авторам підтвердити ефективність цементного ендпротезування кульшового суглоба у хворих старшої вікової групи з через- та міжвертлюговими переломами, що може вважатись альтернативою традиційному остеометалосинтезу [4].

А.С.Dhamangaonkar зі співавторами [22] у рандомізованому дослідженні порівняли результати хірургічного лікування нестабільних міжвертлюгових переломів стегнової кістки проксимальною блокуючою стегною пластиною (LCP) та динамічним гвинтом (DHS) у 40 пацієнтів, котрі були поділені на рівні групи. Науковці отримали наступні відмінні результати: середнє вкорочення кінцівки - 0.3 см у групі LCP та 1.4 см у групі DHS, медіалізація уламків відсутня у першій групі та зустрічаються 15 випадків у другій, varus collapse - 2 у першій групі та 5 випадків у другій, функціональна оцінка була відмінно та добре у 18 пацієнтів першої групи та в 11 другої групи, інфікування рани спостерігалось у 3 та 2 пацієнтів відповідних груп.

Таким чином, автори відмічають, що динамічний стегновий гвинт має ряд недоліків: вкорочення кінцівки, медіалізація дистального відламку стегнової кістки, неконтрольована латералізація проксимального відламку, varus collapse. У проксимальних блокуючих стегнових пластинах (LCP) дані ускладнення відсутні або зведені до мінімуму [22].

Ф.Luo зі співавторами [24] дослідили результати лікування міжвертлюгових переломів (AO/ASIF 31-A3) трансдермальними компресійними пластинами (percutaneous compression plate - PCCP). Згідно з доповіддю Haidukewych зі співавторами, переломи A3 складають 2,2% від переломів стегнової кістки і 5,3% - міжвертлюгових переломів. Автори відмічають переваги екстрамедулярних імплантантів типу PCCP через їх малоінвазивність та стабільність, що є методом вибору для людей старшого віку із супутніми захворюваннями. До ретроспективного дослідження включено 17 пацієнтів

літнього та старечого віку, котрим виконано остеометалосинтез вертлюгового перелому стегнової кістки системою PCCP. Отримані наступні результати: ранній післяопераційний період без ускладнень, венозний тромбоз в одного пацієнта через 29 днів після операції, один пацієнт помер через 25 днів після операції, впродовж 12 місяців спостережень біль відсутній у 12 пацієнтів, помірний біль у 2 та легкий у 2 пацієнтів, повторні переломи у 2 пацієнтів внаслідок падіння, протрузія шийкових гвинтів у двох пацієнтів. За шкалою Харріса, відмінні результати встановлено у 6, добрі у 6, задовільні у 2, негативні у 2 пацієнтів. У 8 пацієнтів функція оперованої кінцівки відновилась на протязі 12 місяців в повному обсязі, ще у 8 знизилась у різному ступені [24].

S.Singh зі співавторами [23] у 2014 році опублікували дослідження, мета якого - визначення функціональних результатів лікування після імплантації однополюсного ендпротеза літнім пацієнтам з нестабільними черезвертлюговими переломами стегнової кістки. Критеріями відбору хворих були: вік старше 60 років, нестабільні та свіжі черезвертлюгові переломи, виключені політравма та патологічні переломи, відсутність протипоказів до оперативного лікування. До цього проспективного дослідження були включені 25 пацієнтів (14 чоловіків, 11 жінок) у віці від 60 до 75 років із свіжим черезвертлюговим нестабільним переломом стегнової кістки (не більше 7 днів з моменту травми). Дослідники використали шкалу Харріса (HHS) для визначення функціонального стану пацієнта і для оцінки больового синдрому, шкалу функціонального стану нижніх кінцівок (LEFS), візуальну аналогову шкалу (VAS). Оцінку проводили в післяопераційному періоді, через 6 тижнів, через 3, 6, 12 місяців з дня операції. В перший тиждень післяопераційного періоду середній бал шкали Харріса склав $38,34 \pm 6,55$, вказуючи на раннє відновлення функціональної активності відразу після операції; пацієнти були в змозі навантажувати оперовану кінцівку в середньому на 5 день; позитивні результати за тестом LEFS відмічені наприкінці першого року з дня операції. Ці результати показують, що близько 80-90% відновлення функціонального стану досягається протягом шести місяців, а 100% - до кінця першого року після операції [23].

М.Celiktas зі співавторами [21] у проспективному дослідженні провели лікування 54 хворих (75 років і старше) з нестабільними міжвертлюговими переломами стегнових кісток безцементним біполярними кульшовими ендпротезами. В даній методиці автори користувались принципом: якщо стабільність між імплантатом та відламками стегнової кістки досягалась в результаті ущільнення фрагментів при імплантації ендпротезу (в основному при типі AO 31-A2), то додаткову фіксацію малого вертлюга не проводили. Якщо фіксація після імплантації ендпротезу нестабільна внаслідок багаторівневого відриву малого вертлюга з додат-

ковими фрагментами (АО 31-А3), або відривом великого вертлюга, то використовували дротяні (кабельні) фіксатори для остеометалосинтезу останніх. Результати наступні: післяопераційна мобільність хворих в першу добу після операції - 40/54, 14 пацієнтів у перший день лише стояли, результати статистичного аналізу показали збільшення мобільності хворих з кожним наступним днем; оцінка за шкалою Харріса -80,6 ± 9,3 через 24 місяці, що є добрим показником. Інтерпретація радіологічних даних через 24 місяці: варусна або вальгусна девіація ендопротезу не більше ніж 3°; ступінь "просідання" імплантанта був 1, 2, 3 і 4 мм в 9, 6, 6, 2 пацієнтів відповідно. Ускладнення: в одного пацієнта був глибокий тромбоз вен нижніх кінцівок, у двох - поверхнева ранова інфекція, задній вивих в одного хворого на 7 день після операції. Автори стверджують, що біполярне безцементне ендопротезування можна розглядати як радикальну операцію вибору по зниженню ризику повторного оперативного лікування і даний метод є найкращим вибором для лікування нестабільних вертлюгових переломів у людей старшої вікової групи [21].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведений аналіз свідчить, що лікування вертлюгових переломів стегнової кістки є актуальною про-

блемою сучасної травматології. Основною категорією пацієнтів є люди старшої вікової групи, які потребують ранньої мобілізації після травми та соціальної адаптації у зв'язку з високою коморбідністю.

2. Чітке розуміння анатомії стегнової кістки та кульшового суглоба, характеру перелому відповідно до прийнятих класифікаційних систем, оцінка загального та функціонального стану хворого дає можливість лікарю обрати оптимальний метод лікування.

3. Вибір фіксатора для остеометалосинтезу перелому стегнової кістки у вертлюговій ділянці в більшій мірі залежить від навиків та досвіду лікаря в оволодінні відповідною методикою.

4. Проведений аналіз численних досліджень з оцінкою результатів лікування вертлюгових переломів стегнової кістки за різними методиками вказує, що сучасні металоконструкції забезпечують кращі результати лікування, менший відсоток ускладнень, ранню активізацію та реабілітацію хворих, що відображається на тривалості та якості життя останніх.

Сьогодні існує достатня кількість наукових праць, присвячених вивченню вертлюгових переломів стегнової кістки та методів їх хірургічного лікування. Подальші дослідження у даному напрямку нададуть нові можливості для вибору найоптимальнішого способу лікування даної травми.

Список літератури

1. Азизов М.Ж. Клинико-функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава /М.Ж.Азизов, Д.Р.Рузибоев // Ортопедия, травматология и протезирование.- 2012.- №1.- С.81-83.
2. Алгоритм реабілітації хворих, що потребують ендопротезування кульшового суглоба /І.К.Бабова, В.П.Торчинський, І.І.Біла [та ін.] //Вісник ортопед., травмат. та протезування.- 2010.- №2.- С.30-35.
3. Аллахвердиев А.С. Анестезия при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов пожилого возраста /А.С.Аллахвердиев, В.Бабаянц, П.А.Кириенко, Б.Р.Гельфанд //Анестезиология и реаниматол.- 2010.- №2.- С.66-70.
4. Біомеханічна оцінка різних способів фіксації у разі нестабільних переломів вертлюгової ділянки стегнової кістки в експерименті /Л.М.Юрійчук, М.В.Полулях, М.С.Клепач [та ін.] //Ортопедия, травмат. и протез.- 2012.- №3.- С.10-13.
5. Гнетецкий С.Ф. Социальное значение и результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в старческом возрасте /С.Ф.Гнетецкий //Росс. мед. журнал.- 2013.- №6.- С.54-56.
6. Дулаев А.К. Особенности хирургического лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста с чрезвертельными переломами бедренной кости /А.К.Дулаев, А.А.Потапчук, А.Н.Цед //Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.- 2011.- Т.18, №4.- С.40-43.
7. Колесников С.В. Сравнение эффективности применения комплексов лечебных физических упражнений при коксартрозе и после эндопротезирования тазобедренного сустава /С.В.Колесников //Гений ортопедии.- 2014.- №2.- С.23-29.
8. Монолатеральное спице-стержневое устройство для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости и их последствий /А.С.-Аллахвердиев, Ю.П.Солдатов //Гений ортопедии.- 2013.- №3.- С.77-79.
9. Наш досвід малоінвазивного остеосинтезу при черезвертлюжних переломах стегнової кістки /В.К.Піонтовський, Б.С.Денисюк, Ю.М.Малевиц [та ін.] //Травма.- 2012.- №4.- С.140-142.
10. Ондар В.С. Реабилитация больных при поражении крупных суставов /В.С.Ондар //Клин. Геронтология: научно-практ. журнал.- 2010.- №9.- С.107-111.
11. Особенности клинической симптоматики после эндопротезирования тазобедренного сустава при различных способах фиксации имплантата /О.К.Чегуров, С.В.Колесников, Э.С.Колесникова [и др.] //Гений ортопедии.- 2013.- №2.- С.42-44.
12. Полякова А.Г. Современные аспекты комплексной реабилитации больных после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей /А.Г.Полякова, О.В.Карева, А.В.Новиков //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.- 2013.- №3.- С.41.
13. Результаты применения монолитных и модульных бедренных компонентов при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава /Н.В.Загородный, В.И.Нуждин, К.М.Бухтин [и др.] //Вестник травматол. и ортопедии им. Н.Н.Приорова.- 2013.- №1.- С.18-26.
14. Скороглядов А.В. Твердые пары трения в эндопротезировании тазобедренного сустава. За и против /А.В.-Скороглядов //Росс. мед. журнал.- 2014.- №6.- С.48-53.
15. Сулима В.С. Проблемы хирургического лечения хворих літнього віку з переломами проксимальної частини стегнової кістки /В.С.Сулима //Журнал "Боль. Суставы. Позвоночник".- 2011.- №3.- С.3-14.
16. Травматологія та ортопедія: підручник для студентів вищих медичних

- навчальних закладів /за ред.: Голки Г.Г., Бур'янова О.А., Климовицького В.Г.- Вінниця: Нова Книга, 2014.- 416 с.
17. Форосенко В.С. Переломи проксимального відділу стегнової кістки у людей старших вікових груп та їх медико-соціальні наслідки: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.21 "Травматологія та ортопедія" / В.С.Форосенко.- Київ, 2006.- 23с.
 18. Цвях А.І. Консервативне лікування хворих літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки: дис. ... к. мед. н.: 14.01.21 /Цвях Андрій Іванович.- Київ, 2010. - 144с.
 19. A Profile of older americans: 2014 : materials from the conference on 2014 white house conference on AGING / U.S.Census Bureau, the National Center for Health Statistics, and the Bureau of Labor Statistics.- Washington, 2014.- P.1-15.
 20. Mahmood A. Comparison between conventional and minimally invasive dynamic hip screws for fixation of intertrochanteric fractures of the femur /A.Mahmood, M. Kalra, M.K.Patralekh //I.S.R.N. Orthop.- 2013.- P.21-27.
 21. Celiktas M. Calcar preservation arthroplasty for unstable intertrochanteric femoral fractures in elderly /M.Celiktas, E.Togrul, O.Kose //Clin. Orthop. Surg.- 2015.- №7 (4).- P.436-442.
 22. Proximal femoral locking plate versus dynamic hip screw for unstable intertrochanteric femoral fractures / A.C.Dhamangaonkar, D.Joshi, A.B.Goregaonkar [et al.] //J. of Orthopaedic Surgery.- 2013.- Vol.21(3).- P.317-322.
 23. S. Singh Hemi replacement arthroplasty for unstable inter-trochanteric fractures of femur /S.Singh, C.Shrivastava, S.Kumar //J. Clin. Diagn. Res.- 2014.- №8.- P.1-4.
 24. Treatment of AO/OTA 31-A3 intertrochanteric femoral fractures with a percutaneous compression plate / F.Luo, J.Shen, J.Xu [et al.] //Clinics (Sao Paulo).- 2014.- Vol.69 (1).- P.1-7.

Каяфа А.Н., Жук Е.Н., Демчук Р.М.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Литературный обзор посвящен актуальной проблеме в травматологии и ортопедии - лечение вертельных переломов бедренной кости. Авторами был проведен анализ материалов зарубежных (с использованием базы данных PubMed) и отечественных изданий, в которых описываются современные методы лечения данной патологии, положительные и отрицательные результаты хирургических тактик лечения, преимущества и недостатки фиксаторов для остеометалосинтеза, оценка отдаленных результатов лечения и качества жизни.

Ключевые слова: чрезвертельные и межвертельные переломы бедренной кости, классификация, остеометалосинтез.

Kayafa A.M., Zhuk O.M., Demchuk R.M.

TREATMENT OF HIP FRACTURE IN TROCHANTERIC AREA: MODERN STATE OF THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Summary. The literature review devoted to the actual problem in the traumatology and orthopedics - trochanteric treatment of fractures of the femur. The authors analyzed the foreign materials (using the database PubMed) and domestic publications that describe the modern methods of treatment of this pathology, positive and negative results of surgical treatment tactics, the advantages and disadvantages of fixation devices, remote assessment of treatment outcomes and quality of life.

Key words: pertrochanteric and intertrochanteric fractures of the femur, classification, osteometallosyntes.

Рецензент - д.мед.н., профессор Жук.П.М.

Стаття надійшла до редакції 10.11.2015р.

Каяфа Андрій Миколайович - аспірант кафедри травматології та ортопедії ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 097 164-49-61; andrej.kajafa@i.ua

Жук Олена Миколаївна - магістр медицини з анестезіології та інтенсивної терапії, лікар анестезіолог першої категорії ВОКЛ ім. М.І.Пирогова; +38 097 670-62-91; alona.zhuk@gmail.com

Демчук Роман Михайлович - к.мед.н., асистент кафедри травматології та ортопедії ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 098 260-06-96

© Козак І.О.

УДК: 616.367-003.4-089

Козак І.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії (вул. Пілотська 1, м. Хмельницький, 29000, Україна)

КІСТОЗНА ДИЛЯТАЦІЯ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВИХ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

Резюме. У роботі на основі аналізу літературних даних та власного клінічного спостереження показана рідкісність кістозної дилатації жовчних проток, особливості її клінічних проявів, труднощі діагностики. Підкреслено, що магнітно-резонансна холангіопанкреатографія є золотим стандартом у встановленні правильного діагнозу у дітей і дорослих, забезпечує своєчасне виконання хірургічного втручання. Хірургічні операції при кістозній дилатації жовчних проток відзначаються складністю їх виконання, повинні виконуватись лише у спеціалізованих хірургічних стаціонарах.

Ключові слова: дилатація печінкових проток, діагностика, хірургічне лікування.

Метою роботи було описати клінічний випадок рідкісного захворювання - кістозної дилатації жовчних

проток у пацієнки віком 40 років, та на основі аналізу останніх літературних даних і власного клінічного досві-