

Мюллеманом та зниженням рівнів загального білку і ЛФ в ротовій рідині хворих ГП.

2. У більшості хворих, у котрих застосовували 0,2% хлоргексидин біглюконат і "Пародонтоцид" у формі гелю і спрею, клінічне виздоровлення наступало на 5-7 день лікування.

3. У пацієнтів, у котрих застосували комбіновану методику лікування з використанням гелю, м'якої ліку-

вальної пов'язки і спрею "Пародонтоцид" запальні явища зникали на 4 день місцевої терапії.

4. Все вище зазначене підтверджує ефективність застосування "Пародонтоциду" на етапі місцевої терапії в комплексному лікуванні захворювань пародонту.

У перспективі подальших досліджень доцільно звернути увагу дослідників на вивчення пародонтопротекторних властивостей "Пародонтоциду".

Список літератури

1. Белоклицкая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита: дис. ... д. мед. н.: 14.01.21.- Одесский НИИ стоматологии.- Одесса, 1996. - 338с.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов /Е.В.Гублер. - Л., 1978 - 193с.
3. Данилевський М.Ф. Модифікація класифікації захворювань пародонту / М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко / Матер. наук.-практ. конф.: Акт. пиянтя профілактики захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини роту.- Київ, 2007.- С.29-35.
4. Компендиум 2015-лекарственные препараты /под ред. В.Н.Коваленко, А.П.Викторова.- К.: Морион, 2015.- 1576с.
5. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. ... д.мед.н. / К.М.Косенко.- К., 1994. - 45с.
6. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування /Г.М.Мельничук, Рожко М.М., Нейко Н.В. //Навч. посібник.- Івано-Франківськ, 2006. - 281с.
7. Покровский А.А. Методы разделения и ферментной идентификации субклеточных фракций /А.А.Покровский, А.И.Арчаков //Совр. методы в биохимии.- М.: Медицина, 1968.- С.5-59.
8. Яковлева В.И. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний /В.И.Яковлева, Е.К.Трофимова, Т.П.Давидович [и др.]- Минск: Высшая школа.- 1995.- 494с.

Кутельмах О.И., Курдыш Л.Ф., Горай М.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ "ПАРОДОНТОЦИДА" ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Резюме. В статье изложенный клинический опыт применения различных фармакологических форм "Пародонтоциду" при местном лечении обострения генерализованного пародонтита у людей разного возраста без соматической патологии. Эффективность предложенной методики лечения подтверждена результатами клинических и лабораторных исследований до и после лечения.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, местное лечение, пародонтоцид.

Kutelmakh O.I., Kurdish L.F.

CLINICAL EXPERIENCE WITH "PARODONTICID" IN THE LOCAL TREATMENT OF EXACERBATION GENERALIZED PERIODONTITIS

Summary. The article contained clinical experience with different pharmacological forms of "Parodontocid" in the local treatment of exacerbation generalized periodontitis in people of all ages without a somatic pathology. The effectiveness of the proposed method of treatment is confirmed by the results of clinical and laboratory tests before and after treatment.

Key words: generalized periodontitis, local treatment, "Parodontocid".

Рецензент: к.мед.н, доцент Філімонов Ю.В.

Стаття надійшла до редакції 3.11.2015 р.

Кутельмах Олег Ігоревич - к. мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 0432 57-06-82
Курдиш Лариса Федорівна - к. мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 0432 57-06-82
Горай Марина Антонівна - к. мед. н., доцент кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38 063 390-53-30; marinagoray@gmail.com

© Малик В.Д.

УДК: 617.582 - 001.5 - 089: 616. 728. - 089.843

Малик В.Д.

Полтавська обласна лікарня імені Н.В.Скляфосовського (вул. Шевченка, 23, м.Полтава, 36011, Україна)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНТРАМЕДУЛЯРНИХ БЛОКОВАНИХ СТРИЖНЕЙ ТА ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Резюме. З метою визначення оптимальної тактики оперативного втручання у хворих із переломами шийки стегнової кістки виконано комплексне клінічне дослідження. Матеріалом дослідження став аналіз історій хвороб, рентгенограм та клінічне обстеження 100 хворих із переломами шийки стегнової кістки які проходили оперативне лікування на базі травма-

тологічного відділення Полтавської обласної лікарні в період з 2006-2015 рр. Визначали наступні клініко-рентгенологічні та анамнестичні показники: стать, вік, тривалість оперативного втручання, інтраопераційну крововтрату, тип перелому за класифікацією Gardner та стадію деформуючого артрозу кульшового суглоба за класифікацією J. H. Kellgren та J. S. Lawgense. Всі хворі були розбиті на 2 групи залежно від використаного методу оперативного втручання. Першу (контрольну) групу склали 50 хворих із переломами шийки стегнової кістки, яким проводили тотальне ендопротезування кульшового суглоба. Другу (дослідну) групу склали 50 хворих з переломами шийки стегнової кістки, яким проводили переважно малоінвазивний остеосинтез з використанням блокованого інтрамедулярного остеосинтезу. Визначено статистично достовірне ($p \leq 0,01$) зменшення крововтрати та тривалості оперативного втручання у хворих, яким виконували остеометалосинтез блокованими інтрамедулярними стрижнями, що особливо важливо у осіб похилого та старечого віку. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба у хворих з переломами шийки стегнової кістки повинно виконуватись за чіткими показами, до яких відноситься супутня 4 стадія коксартрозу та при нестабільних переломах (Gardner III-IV) у травмованих осіб. Інтрамедулярний блокований остеосинтез може бути рекомендований як один з основних методів оперативного лікування хворих із переломами шийки стегнової кістки.

Ключові слова: переломи шийки стегнової кістки, тотальне ендопротезування, інтрамедулярний остеосинтез, ефективність оперативного лікування.

Вступ

Переломи проксимального відділу стегнової кістки до теперішнього часу залишаються одними з найбільш складних переломів опорно-рухового апарату, особливо це стосується осіб похилого та старечого віку. Зростання кількості постраждалих з переломами шийки стегна збільшується з кожним роком у зв'язку із збільшенням числа літніх людей і наявністю у них остеопорозу. Системний остеопороз за даними ВООЗ, спостерігається у 96-100% міських жителів в віці 60-70 років і більше, в 1990 році близько 1,3 мільйони випадків переломів проксимального відділу стегнової кістки зареєстровано в усьому світі. На думку експертів, ця цифра буде збільшуватися, і в 2025 році може вирости в два рази, а в 2050 році - в три рази [11, 12]. Переломи проксимального відділу стегнової кістки та їх наслідки щорічно завдають величезної шкоди економіці будь-якої держави. Так, згідно статистичних досліджень, переломи проксимального відділу стегнової кістки становлять 17% у структурі травм опорно-рухового апарату, з них переломи шийки стегна складають 50-55% [2, 14].

У світовій практиці давно визнано перевагу і високу ефективність оперативного методу лікування переломів шийки стегнової кістки перед консервативним. Але часом досить складно визначити час і обсяг хірургічного лікування (застосування проксимального стегнового стрижня, чи ендопротезу), що має, безумовно, всі переваги для ранньої активізації пацієнта [4, 7, 16].

На сьогодні, в розвинутих країнах світу при лікуванні переломів шийки стегнової кістки широко впроваджуються малоінвазивні, малотравматичні технології застосування проксимального стегнового стрижня (Trochanteric gamma nail G 3 - STRYKER, PFN A - SYNTHES, ChFN - ChM). Ця методика оперативного лікування переломів довгих кісток дозволяє, на відміну від ендопротезування, у більшості випадків зберегти функцію травмованого кульшового суглобу [1; 4].

Не дивлячись на останні досягнення, досить високим залишається відсоток незадовільних результатів лікування переломів шийки стегнової кістки. У більшості випадків це обумовлено розвитком аваскулярного некрозу головки стегна (8-35%), незрощенням (7-33%), розвитком хиб-

них суглобів (10-20%), вторинним зміщенням (до 10%). Отримані ускладнення як правило, ведуть до повторного оперативного втручання, у більшості випадків, до тотального ендопротезування кульшового суглоба [6; 10].

Первинне ендопротезування кульшового суглоба отримало свій розвиток внаслідок великої кількості незадовільних результатів первинного остеосинтезу. Віддалені результати тотального ендопротезування дозволяють оптимізувати розвиток цього методу лікування хворих у похилому і старечому віці з несприятливим для репаративного остеогенезу прогнозом і дефіцитом мінеральної щільності кісткової тканини. Позитивні результати протягом 3-5 років після операції досягають 89-95% [15]. Проте залишається певний відсоток невдач у вигляді інфекції та нестабільності компонентів ендопротеза, що вимагають ревізійного ендопротезування. Кількість ранніх післяопераційних ускладнень у вигляді глибокого венозного тромбозу та легеневої емболії, розладів кишківника і сечового міхура залишається досить високим і виявляється в 45-70% випадків. ТЕЛА, яка закінчується летальними наслідками у пацієнтів після ендопротезування, констатується в 2,4% випадків [3; 13].

Тому цікавим в науковому та практичному плані вважаємо проведення аналізу ефективності результатів лікування переломів шийки стегнової кістки з використанням інтрамедулярного блокованого стрижня та тотального ендопротезування кульшового суглоба з метою визначення оптимальної тактики оперативного лікування у цієї тяжкої категорії хворих.

Мета роботи - на основі аналізу ефективності результатів лікування визначити оптимальну тактику оперативного втручання у хворих із переломами шийки стегнової кістки.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження став аналіз історій хвороб, рентгенограм та клінічне обстеження 100 хворих із переломами шийки стегнової кістки які проходили оперативне лікування на базі травматологічного відділення Полтавської обласної лікарні в період з 2006-2015 рр. Були складені розробчі таблиці, в котрих враховували

наступні клініко-анамнестичні та рентгенологічні ознаки: ПІП, № історії хвороби, домашня адреса, мешкання, стать, вік, тривалість оперативного втручання, інтраопераційна крововтрата, тип перелому за класифікацією Gardner [17] та стадія деформуючого артрозу кульшового суглоба за класифікацією J.H.Kellgren та J.S.Lawrence [18].

Всі хворі були розбиті на 2 групи залежно від використаного методу оперативного втручання. Першу (контрольну) групу склали 50 хворих із переломами шийки стегнової кістки, яким проводилось тотальне ендопротезування кульшового суглоба. Другу (дослідну) групу склали 50 хворих з переломами шийки стегнової кістки, яким проводили переважно малоінвазивний остеосинтез з використанням блокованого інтрамедулярного остеосинтезу, використовували блокований PFNA чи гама-стрижень.

Розподіл в групах хворих за віком та статтю представлено в табл. 1 та 2. Аналізуючи дані табл. 1 та 2 можна відмітити, що групи обстеження були статистично однорідні за віком та статтю. В обох групах статистично достовірно ($p \leq 0,01$) переважали особи жіночої статі та хворі похилого і старечого віку за класифікацією ВООЗ [5].

Визначали післяопераційні ускладнення до яких відносили: гнійні ускладнення та летальність для контрольної та дослідної груп, звихи головки ендопротезу що потребували повторного оперативного втручання для контрольної групи спостереження та асептичний некроз головки та хибні суглоби шийки стегнової кістки у хворих дослідної групи.

Ефективність проведеного оперативного лікування оцінювали через 1 рік після оперативного втручання. Результати лікування хворих з переломами шийки стегнової кістки можуть бути оцінені як позитивні лише в тому випадку, якщо пацієнт залишився живий протягом 1 року після травми, не потребує сторонньої допомоги та не виконувалось повторного оперативного втручання і повернувся до колишнього рівня життєвої активності.

Для проведення розрахунків користувалися базою даних обстеження хворих з переломами шийки стегнової кістки, що були введені в таблицю Microsoft Excel - 2003, статистичним пакетом даної програми та програмою Statistica - 6.0 [8; 9].

Результати. Обговорення

Розподіл хворих контрольної та дослідної груп з переломами шийки стегнової кістки за класифікацією Gardner [17] представлено в табл. 3.

Аналізуючи дані представлені в табл. 3 визначено, що у хворих дослідної групи, яким виконувалось блокований інтрамедулярний остеосинтез, переважали випадки зі стабільними переломами шийки стегнової кістки (Gardner I-II) - 62%. Для хворих контрольної групи, яким виконувалось тотальне ендопротезування кульшового

Таблиця 1. Розподіл хворих контрольної групи з переломами шийки стегнової кістки за віком (роки) та статтю.

Стать	Вікові групи (роки)								Всього	
	21-44		45-59		60-74		більше 75			
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
Чоловіки	1	5,9	1	5,9	4	23,5*	11	64,7*	17	34,0
Жінки	2	6,1	4	12,1	10	30,3*	17	51,5*	33	66,0**
Всього	3	6,0	5	10,0	14	28,0*	28	56,0*	50	100,0

Примітки: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з віком 45-59 pp; ** - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих чоловічої статі

Таблиця 2. Розподіл хворих з дослідної групи з переломами шийки стегнової кістки за віком (роки) та статтю.

Стать	Вікові групи (роки)								Всього	
	21-44		45-59		60-74		більше 75			
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
Чоловіки	1	5,6	2	11,1	5	27,8*	10	55,5*	18	36,0
Жінки	1	3,1	5	15,6	10	31,3*	16	50,0*	32	64,0**
Всього	2	4,0	7	14,0	15	30,0*	26	52,0*	50	100,0

Примітки: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з віком 45-59 pp; ** - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих чоловічої статі.

Таблиця 3. Розподіл хворих контрольної та дослідної груп з переломами шийки стегнової кістки за класифікацією Gardner [R.S.Garden, 1961].

Стать	Тип перелому за Gardner								Всього	
	I		II		III		IV			
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
Контрольна	3	6,0	10	20,0	22	44,0	15	30,0	50	50,0
Дослідна	5	10,0	26	52,0	14	28,0	5	10,0	50	50,0
Всього	8	8,0	36	36,0	36	36,0	20	20,0	100	100,0

Таблиця 4. Розподіл даних груп спостереження за ступенем коксартрозу за J.H. Kellgren та J.S. Lawrence [J.Kellgren, J.Lawrence, 1957].

Групи дослідження	Стадія коксартрозу						Всього	
	II		III		IV			
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
Контрольна	10*	20,0	30	60,0	10*	20,0	50	50,0
Дослідна	14*	28,0	36	72,0	-	-	50	50,0
Всього	24*	24,0	66	66,0	10*	10,0	100	100,0

Примітка: * - показники статистично достовірні ($p \leq 0,01$) порівняно з показниками групи з III стадією коксартрозу.

суглоба, переважали випадки нестабільних переломів шийки стегнової кістки (Gardner III-IV) - 74%, а в 26% випадків були стабільні переломи шийки стегнової кістки (Gardner I-II).

При аналізі даних післяопераційних протоколів оцінювали інтраопераційну крововтрату та тривалість оперативного втручання у контрольній (рис. 1, 3) та дослід-

Хворі контрольної групи

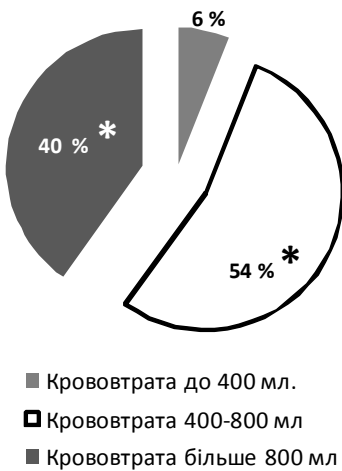


Рис. 1. Інтраопераційна крововтрата хворих контрольної групи.

Примітка: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з крововтратою до 400 мл.

Хворі дослідної групи

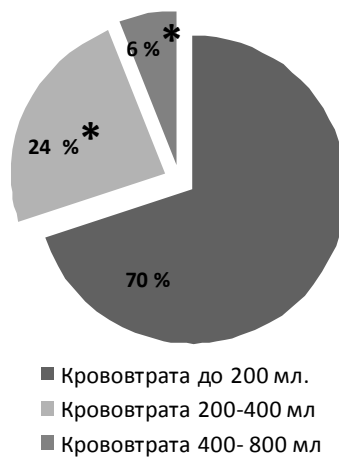


Рис. 2. Інтраопераційна крововтрата хворих дослідної групи.

Примітка: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з крововтратою до 200 мл.

Хворі контрольної групи

(тривалість оперативного втручання)



Рис. 3. Тривалість оперативного втручання хворих контрольної групи.

Примітка: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з тривалістю оперативного втручання до 1 години.

Хворі дослідної групи

(тривалість оперативного втручання)

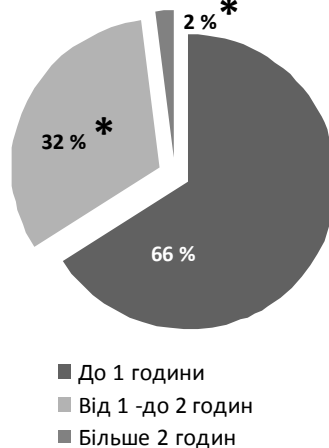


Рис. 4. Тривалість оперативного втручання хворих дослідної групи.

Примітка: * - дані статистично достовірно ($p \leq 0,01$) відмінні від даних групи хворих з тривалістю оперативного втручання до 1 години.

ної (рис. 2, 4) груп спостереження.

Визначено, що у хворих контрольної групи (рис. 1), у котрих виконували тотальне ендопротезування кульшового суглоба, частіше всього інтраопераційна крововтрата складала 400-800 мл (54%) а в 40% - більше 800 мл. Крововтрата до 400 мл у цій групі хворих складала лише 6%. Випадків з мінімальною крововтратою (до 200 мл) не спостерігалось. Ці дані є статистично достовірними з ($p \leq 0,01$).

У хворих дослідної групи (рис. 2), у котрих виконували переважно мінімально інвазивне оперативне втру-

чання з фіксацією відламків блокованим стрижнем, статистично достовірно ($p \leq 0,01$) переважали хворі з мінімальною крововтратою до 200 мл (70%).

Аналізуючи тривалість оперативного втручання визначено, що у хворих контрольної групи (рис. 3) статистично достовірно ($p \leq 0,01$) переважали, в порівнянні з випадками з мінімальною тривалістю оперативного втручання (до 1 години), випадки від 1 до 2 годин - 62% та більше 2 годин - 36%.

На відміну від контрольної групи у хворих дослідної групи (рис. 4), де оперативне втручання проводилось переважно малоінвазивно, статистично достовірно ($p \leq 0,01$) переважали випадки з мінімальною тривалістю оперативного втручання - 66%.

За даними джерел літератури [3; 10; 13] відомо, що ще одним абсолютним показом до виконання тотального ендопротезування у хворих з переломами шийки стегнової кістки є наявність супутнього деформуючого коксартрозу 4 ст. за J.H.Kellgren та J.S.Lawrence [18]. Наявність та стадія супутнього деформуючого коксартрозу у хворих груп спостереження представлена в табл. 4.

Аналізуючи дані представлені в табл. 4 визначено статистично достовірне ($p \leq 0,01$) переважання, як в контрольній так і дослідній групах III стадії коксартрозу, що клінічно супроводжувалось періодичними болями та помірною контрактурою в кульшовому суглобі хворих та не є абсолютним показом до ендопротезування, хворі II стадією коксартрозу склали 20% з хворих контрольної групи і тільки в 20% випадків спостерігали випадки абсолютних показів до виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Розподіл післяопераційних ускладнень груп спостереження та результати оперативного втручання хворих з переломами шийки стегнової кістки представлені на рис. 5 та 6.

Аналізуючи рис. 5, можна зазначити достовірне зниження, в порівнянні з контрольною групою гнійних ускладнень та летальності у хворих яким виконувалось переважно малоінвазивне оперативне втручання з застосуванням блокованих інтрамедулярних стрижней. Так гнійні ускладнення та летальність склали лише 2%, в порівнянні з хворими контрольної групи - 8 та 6% відпо-

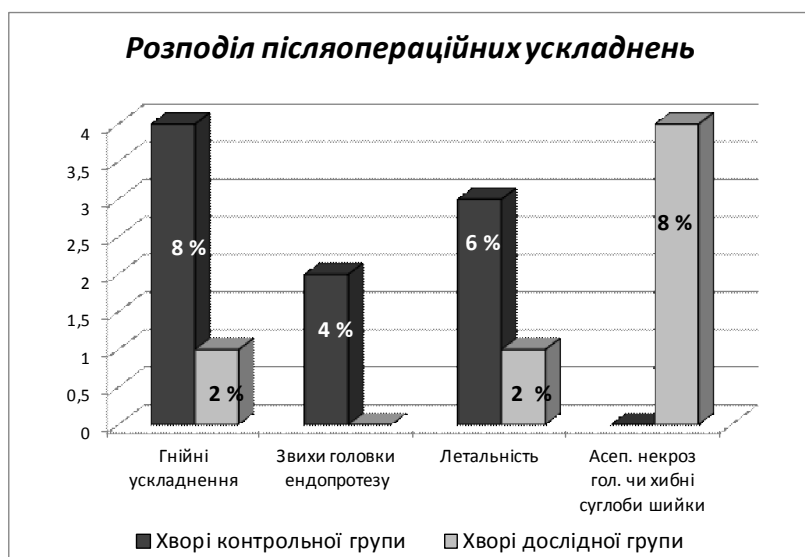


Рис. 5. Розподіл післяопераційних ускладнень хворих контрольної та дослідної груп спостереження.

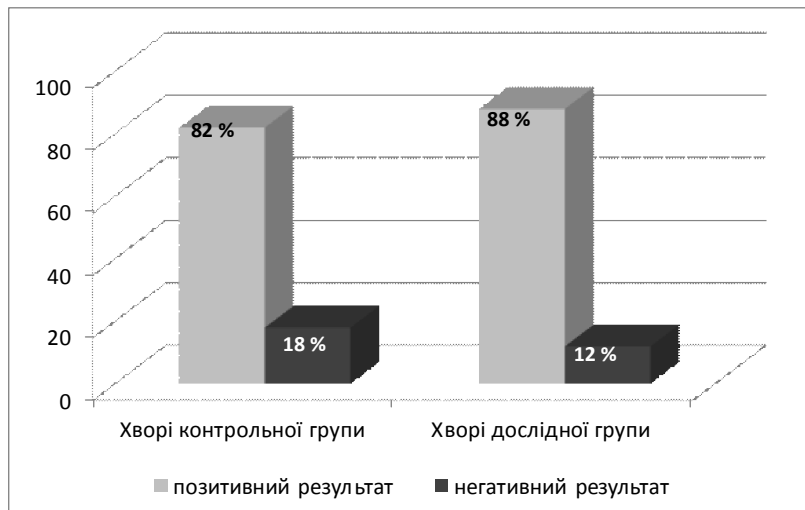


Рис. 6. Ефективність оперативного лікування хворих контрольної та дослідної груп спостереження.

відно. Виконання тотального ендопротезування у осіб переважно старечого віку зі зниженим м'язового тону-су спричинило виникненню спонтанних післяопераційних звихів головки стегнової кістки, що в свою чергу потребувало проведення в 4% випадків повторного оперативного втручання. Асептичний некроз головки

шийки стегнової кістки.

Результати, отримані внаслідок комплексного клінічного дослідження, сприятимуть у подальшому розробці диференційованого підходу та алгоритму оперативного лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки хворих.

стегнової кістки чи хибні суглоби шийки стегнової кістки спостерігався в 8% випадків хворих дослідної групи, треба відмітити, що при всіх цих випадках спостерігали нестабільні переломи шийки стегнової кістки (Gardner III-IV).

Аналізуючи рис. 6 не визначено статистично достовірної різниці в ефективності оперативного лікування хворих із переломами шийки стегнової кістки контрольної та дослідної груп спостереження, що в свою чергу доводить доцільність розробки диференційованого підходу до тактики підбору металофіксаторів, залежно від стабільності переломів, стадії супутнього коксартрозу та інших факторів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведеними комплексними дослідженнями визначено статистично достовірне ($p \leq 0,01$) зменшення крововтрати та тривалості оперативного втручання у хворих, котрим виконували остеометалосинтез блокованими інтрамедулярними стрижнями, що особливо важливо у осіб похилого та старечого віку.

2. Виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба у хворих з переломами шийки стегнової кістки повинно виконуватись за чіткими показами, до яких відноситься супутня 4 стадія коксартрозу та при нестабільних переломах (Gardner III-IV) у травмованих осіб.

3. Інтрамедулярний блокований остеосинтез може бути рекомендований як один з основних методів оперативного лікування хворих із переломами

Список літератури

- Абдулхабиров М.А. Блокирующий интрамедулярный остеосинтез /М.А. Абдулхабиров //Матер. междуна. конгресса "Травматология и ортопедия: современность и будущее".- М., 2003.- С.193-194.
- Аналіз стану травматологічно-ортопедичної допомоги населенню України в 2006-2007 рр. Довідник /Гайко Г.В., Корж М.О., Калашніков А.В., Герасименко С.І., Полішко В.П.- К: Видавнична компанія "Воля", 2008.- 134с.
- Ахтямов И.Ф. Эндопротезирование в России /И.Ф.Ахтямов, Р.М.Тихилов.- Изд-во: Медицинская книга.- 2009.- 258с.
- Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии /С.Г.Гиршин.- М: издательский дом "Азбука", 2004.- 543с.
- Дупленко Ю.К. Старение. Очерки развития проблемы /Ю.К.Дупленко.- Л.: Наука, 1985.- 192с.
- Котельников Г.П. Остеоартроз. Руководство для врачей /Г.П.Котельников, Ю.В.Ларцев.- Самара: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.- 208с.
- Лазарев А.Ф. Новые подходы к лечению переломов проксимального отдела бедренной кости /А.Ф.Лазарев //Вестник травматол. и ортопедии.- 2004.- №1.- С.27-31.
- Лапач С.Н. Статистические методы в биологических исследованиях с использованием Excel /С.Н.Лапач,

- А.В.Чубенко, П.Н.Бабич.- К.: Морисон, 2000.- 320с.
9. Мінцер О.П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині: [у 10 кн.]: Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині: Навч. посіб., Кн. 5 / О.П.Мінцер, Ю.В.Вороненко, В.В.Власов.- К.: Вища школа, 2003.- 350с.
 10. Николенко В.К. Эндопротезирование при раненых, повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава. Рук-во для врачей /В.К.Николенко.- М: "Медицина", 2009.- 356с.
 11. Поворознюк В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку (вибрані лекції, огляди, статті) /В.В.Поворознюк: у 4-х томах. Т.4.- 2014.- 672с.
 12. Поворознюк В.В. Остеопороз у населення України: фактори ризику, клініка, діагностика, профілактика і лікування /В.В.Поворознюк //Автореф. дис. ... д.мед. н.: 14.01.21.- Київський НДІ ортопедії.- К., 1998.- 48с.
 13. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава /В.М.Прохоренко.- Новосибирск: АНО "Клиника НИИТО", 2007.- 348с.
 14. Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине (клинико-эпидемиол. иссл-е) /Н.А.Корж, С.И.Герасименко, В.Г.Климовицкий [и др.] //Ортопедия, травматол. и протез.- 2010.- №3.- С.5-14.
 15. Рибачук О.І. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба протезом конструкції УкрНДІТО (метод. рек. ком.) /О.І.Рибачук, Л.П.Кукуруза, В.П.Торчинський.- Київ, 1999.- 20с.
 16. Руководство по внутреннему остеосинтезу /М.Е.Мюллер, М.Альговер, Р.Шнайдер, Х. М. Вилленгер: Спрингер-Верлаг, 1996.- 750с.
 17. Garden R.S. Low-angle fixation in fractures of the femoral neck / R.S.Garden //J. Bone Joint Surg.- 1961.- Vol.43B.- 647р.
 18. Kellgren J. Radiological assessment of osteoarthritis /J.Kellgren, J.Lawrence //Ann. Rheum. Dis.- 1957.- Vol.16.- P.494-501.

Малик В.Д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ БЛОКИРОВАННЫХ СТЕРЖНЕЙ И ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Резюме. С целью определения оптимальной тактики оперативного вмешательства у больных с переломами шейки бедренной кости выполнено комплексное клиническое исследование. Материалом исследования стал анализ историй болезни, рентгенограмм и клиническое обследование 100 больных с переломами шейки бедренной кости которые проходили оперативное лечение на базе травматологического отделения Полтавской областной больницы в период с 2006-2015 гг. Определены следующие клинико-рентгенологические и анамнестические показатели: пол, возраст, длительность оперативного вмешательства, интраоперационную кровопотерю, тип перелома по классификации Gardner и стадия деформирующего артроза тазобедренного сустава по классификации J.H.Kellgren и J.S.Lawrence. Все больные были разбиты на 2 группы в зависимости от использованного метода оперативного вмешательства. Первую (контрольную) группу составили 50 больных с переломами шейки бедренной кости, которым выполняли тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Вторую (опытную) группу составили 50 больных с переломами шейки бедренной кости, которым проводили преимущественно малоинвазивный остеосинтез с использованием заблокированного интрамедуллярного остеосинтеза. Определено статистически достоверное ($p \leq 0,01$) уменьшение кровопотери и длительности оперативного вмешательства у больных, которым выполняли остеометаллоинтез заблокированными интрамедуллярными стержнями, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с переломами шейки бедренной кости должно выполняться по определенным показаниям, к которым относится сопутствующая 4 стадия коксартроза и при нестабильных переломах (Gardner III-IV) у травмированных. Интрамедуллярный заблокированный остеосинтез может быть рекомендован как один из основных методов оперативного лечения больных с переломами шейки бедренной кости.

Ключевые слова: переломы шейки бедренной кости, тотальное эндопротезирование, интрамедуллярный остеосинтез, эффективность оперативного лечения

Malik V.D.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH FEMORAL NECK FRACTURES USING A LOCKED INTRAMEDULLARY RODS AND TOTAL HIP REPLACEMENT

Summary. To determine the optimal tactics of surgical intervention in patients with fractures of the femoral neck performed a comprehensive clinical study. The material of the research was the analysis of medical records, radiographs, and clinical examination 100 patients with femoral neck fractures who underwent operative treatment on the basis of the traumatological Department of the Poltava regional hospital in the period from 2006-2015. We determined the following clinical and radiographic and anamnestic parameters: gender, age, duration of surgery, intraoperative blood loss, type of fracture according to the classification of Gardner and the stage of deforming arthrosis of the hip joint according to the classification of J.H.Kellgren and J.S.Lawrence. All patients were divided into two groups, depending on the operating procedure. The first (control) group consisted of 50 patients with femoral neck fractures who underwent total hip arthroplasty. The second (experimental) group consisted of 50 patients with femoral neck fractures, which was performed mainly minimally invasive osteosynthesis using a locked intramedullary osteosynthesis. Conducted comprehensive research identified a statistically significant ($p \leq 0.01$) reduction of blood loss and duration of operative intervention in patients who underwent osteomyelitis locked intramedullary rods, which is especially important in elderly and senile age. Performing total hip arthroplasty in patients with femoral neck fractures should be performed for certain indications, which include an accompanying 4-stage coxarthrosis and in unstable fractures (Gardner III-IV) aid. Locked intramedullary fixation can be recommended as one of the main methods of surgical treatment of patients with fractures of the femoral neck.

Key words: femoral neck fractures, total hip replacement, osteosynthesis intramedullary, the effectiveness of surgical treatment.

Рецензент: д.мед.н. Калашніков О.В.

Стаття надійшла до редакції 2.11.2015р.

Малик Віталій Данилович - к. мед. н., завідувач відділенням травматології Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського; +38 066 919-75-50; Kalashnikov26@ukr.net