

ниска может способствовать образованию соединения между суставной полостью и икроножно-полуперепончатой бурсой, так как стенка между этими двумя структурами более тонкая и более слабая, особенно позади задних рогов [10]. Для хирургического лечения подколенных кист предложено много методик. Учитывая частоту рецидивов после открытого удаления подколенных кист, некоторые авторы решили внести изменения в стратегию лечения [3-5, 9]. В 1999 г. артроскопическое лечение подколенных кист было предложено Sansone и De Ponti [14], а со временем подобные методики опубликовали другие зарубежные авторы [15-17]. Преимуществом этой методики является то, что во время ее проведения происходит элиминация причин возникновения и персистенции подколенной кисты, а именно – возобновление двунаправленного движения жидкости путем ликвидации клапанного механизма и внутрисуставной патологии. Кроме того, не приходится выполнять большие травматические разрезы в подколенной области [18]. Несмотря на то, что патология является общеизвестной, на данное время не до конца изучены показания к использованию тех или других методов лечения, не разработаны алгоритмы диагностики и лечения больных с кистой Бейкера с внутрисуставной патологией, а также программы реабилитации в послеоперационном периоде. Все это делает данную проблему актуальной для последующего изучения на современном этапе развития травматологии и ортопедии.

**Ключевые слова:** коленный сустав, подколенная киста, артроскопия, суставные блезни, икроножно-полуперепончатая bursa.

УДК 617.581-001.5-089-053.88

## АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ХВОРИХ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ВЕРТЛЮГОВІЙ ДІЛЯНЦІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Каяфа А.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця  
Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця

**Резюме.** У статті проаналізовано віддалені результати хірургічного лікування 119 хворих старшої вікової групи з черезвертлюговими та міжвертлюговими переломами стегнової кістки. Оцінено статико-динамічну функціональність, рівень больового синдрому, рухи та деформації оперованих кінцівок хворих основної та контрольної груп для визначення кращого методу хірургічного лікування в забезпеченні функціональної активності пацієнтів.

**Ключові слова:** черезвертлюгові та міжвертлюгові переломи, результати лікування, металоостеоосинтез, ендопротезування кульшового суглоба.

### Вступ

Тактика лікування черезвертлюгових і міжвертлюгових переломів стегнової кістки у людей старшої вікової групи є актуальною та дискусійною проблемою сучасної травматології. Незважаючи на великий вибір металофіксаторів, розроблених методів хірургічного лікування, опублікованих наукових робіт, що висвітлюють цю тематику, кількість незадовільних

віддалених результатів і рівень смертності серед оперованих залишаються досить високими. В основі цієї проблеми лежать коморбідні захворювання та поліморбідні стани хворих: системний остеопороз, деменція, зниження зору та слуху, гіпотонус скелетних м'язів, ортостатична гіпотензія, хронічні захворювання серцево-судинної та дихальної систем, ендокринні захворювання, артерозниження, зниження адаптаційно-компенсаторних механізмів [1, 2].

Переломи стегнової кістки у вертлюговій зоні у людей літнього та старечого віку завжди є низькоенергетичними. Деякі автори у механізмі травми відзначають роль низької маси тіла ( $IMT < 20 \text{ кг/м}^2$ ) у поєднанні з низькопотенціальною енергією падіння на тлі системного остеопорозу у співвідношенні 1,4:1 (при порівнянні переломів шийки та вертлюгової ділянки). Більше 91% цих переломів припадає на людей 65 років і старше, у жінок переломи цієї локалізації зустрічаються в 4-6 разів частіше ніж у чоловіків [3, 4].

Травма різко змінює життєвий стереотип людини старшого віку. Цей зрив адаптаційних механізмів часто призводить до швидкого загострення супутніх хронічних захворювань, також додаються гіпостатичні ускладнення ліжкового режиму.

Сучасні тенденції зводяться до якнайшвидшого хірургічного лікування хворих із переломами проксимального відділу стегнової кістки, що зумовлено кращими прогностичними результатами для здоров'я і життя хворих (74,3–97%) та більш ранньою мобілізацією із здатністю до самообслуговування [5]. Ми вважаємо цікавим для наукового та практичного опрацювання проведення ретроспективного аналізу хірургічного лікування через- та міжвертлюгових переломів стегнової кістки у людей літнього та старечого віку.

**Мета** – оцінити віддалені результати хірургічного лікування хворих літнього та старечого віку з черезвертлюговими та міжвертлюговими переломами стегнової кістки, оперованих за різними методиками.

## Матеріали і методи

Робота проведена на основі клініко-рентгенологічного обстеження 119 хворих через 24 міс. після стаціонарного лікування у травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2013-2015 рр. Усі хворі були поділені на дві групи залежно від використаного методу хірургічного лікування. Перша (дослідна) група складалась із 39 хворих із черезвертлюговими

та міжвертлюговими переломами стегнової кістки, яким виконано ендопротезування кульшового суглоба: тотальне цементне – 15 (38,4%) хворих, однополюсне монополярне – 12 (30,8%) хворих, однополюсне біполярне – 12 (30,8%) хворих. Показами до тотального ендопротезування були дегенеративні зміни кульшового суглоба II–III ст. на боці перелому. Для однополюсного ендопротезування – виражений системний або локальний остеопороз травмованого сегмента. Враховувались також побажання хворих та їх родичів.

Друга (контрольна) група включала 80 хворих із черезвертлюговими та міжвертлюговими переломами стегнової кістки, котрим було виконано металоостеосинтез екстремедулярними фіксаторами: пластини з кутовою стабільністю (LCP) – 28 (35,0%) хворих; динамічний стегновий гвинт (DHS) – 26 (32,5%) хворих; кутові пластини (DCP) – 18 (22,5%) хворих; динамічний виростковий гвинт (DCS) – 4 (5%) хворих; металоостеосинтез трьома гвинтами – 4 (5%) хворих.

Вік хворих – у межах від 61 до 92 років. Більшість становили особи літнього віку – 59,6%, старечого віку – 39,5%. Пацієнти жіночої статі переважали в обох вікових групах, де їх частка сягала 63% (табл. 1).

Дослідження спрямоване на оцінювання статико-динамічної активності пацієнтів, больового синдрому та можливих деформацій оперованої кінцівки згідно з алгоритмом шкали Харріса (Harris-Evaluation System of the Hip, Harris W.H., 1969). Кожний критерій оцінювався в балах, максимальний бал для категорії “біль” становить 44, для категорії “функція”, “амплітуда рухів” і “деформація” – відповідно 47, 5 та 4. Сума балів від 100 до 90 оцінюється як відмінна функція суглоба, від 89 до 80 – як добра, від 79 до 70 – як задовільна та менше від 70 – як незадовільна. Для проведення статистичних розрахунків і формування бази даних обстежених хворих інформація введена у таблиці Microsoft Excel-2013 і оброблена за статистичним пакетом цієї програми та програмою Statistica – 10.0. Також було досліджено розподіл хворих із переломами стегнової кістки у вертлюговій ділянці за рівнем складності, пацієнтів класифіковано за АО/ASIF та статтю (табл. 2).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віковими групами та статтю

Стать	Вікові групи (роки)						Всього	
	Літня (60-74)		Стареча (75-89)		Довгожителі (90 та старші)			
	абс., (n)	%	абс., (n)	%	абс., (n)	%	абс., (n)	%
Чоловіки	33	27,7	10	8,4	1	0,84	44	37,0
Жінки	38	31,9	37	31,1	–	–	75	63,0
<b>Всього</b>	<b>71</b>	<b>59,6</b>	<b>47</b>	<b>39,5</b>	<b>1</b>	<b>0,84</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Таблиця 2

**Розподіл хворих із черезвертлюговими та міжвертлюговими переломами за класифікацією АО/ASIF та статтю**

Стать	Тип та група перелому за АО						Всього	
	31-A1		31-A2		31-A3			
	абс., (n)	%	абс., (n)	%	абс., (n)	%	абс., (n)	%
Чоловіки	19	16,0	17	14,3	8	6,7	44	37,0
Жінки	30	25,2	31	26,0	14	11,8	75	63,0
<b>Всього</b>	<b>49</b>	<b>41,2</b>	<b>48</b>	<b>40,3</b>	<b>22</b>	<b>18,5</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Таблиця 3

**Результати лікування хворих дослідної групи за шкалою Харріса**

Оцінка	Металоостеосинтез (n =80)										Всього	
	LCP		DHS		Кутова пластина		DCS		3 гвинта			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінна	7	8,75	3	3,75	2	2,5	-	-	-	-	12	15,0
Добра	3	3,75	6	7,5	2	2,5	-	-	1	1,25	12	15,0
Задовільна	5	6,25	5	6,25	3	3,75	-	-	-	-	13	16,25
Незадовільна	13	16,25	12	15,00	11	13,75	4	5	3	3,75	43	53,75
<b>Всього</b>	<b>28</b>	<b>35,00</b>	<b>26</b>	<b>32,5</b>	<b>18</b>	<b>22,5</b>	<b>4</b>	<b>5,0</b>	<b>4</b>	<b>5,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**Примітка:** дані статистично достовірні (p<0,05).

**Результати та їх обговорення**

В табл. 3 та 4 представлені отримані нами дані в обох групах обстежених. Згідно з ними існує суттєва різниця у віддалених результатах оперативного лікування переломів вертлюгової ділянки. Так, відсоток відмінних і добрих результатів у дослідній групі становив 79,4, тоді як в контрольній групі цей показник був тільки 30%. Незадовільні результати були у 7,8% пацієнтів основної групи та 53,8% – у досліджених контрольної групи (табл. 3, 4).

При рентгенологічному дослідженні серед обстежених з основної групи тільки у 1 пацієнта виявлено ознаки дегенеративних змін у суглобовій западині після однополюсного монополярного ендопротезу-

вання, що призвело до розвитку помірного больового синдрому та зниження функціональної здатності кінцівки. В контрольній групі з 80 прооперованих хворих у 6 (7,5%) спостерігали несправжній суглоб, у 5 (6,25%) – міграцію металевих конструкцій (3 – після металоостеосинтезу гвинтами, 2 – після ОМС пластинами LSP), у 17 хворих (21,25%) розвинулась значна варусна деформація на тлі сповільненої консолідації перелому та після вилучення металофіксаторів. Ознаки асептичного некрозу голівки оперованої стегнової кістки були у 9 хворих (11,25%), явища остеомієліту констатовано у 2 пацієнтів (2,5%).

Клінічно тільки 23 пацієнти (28,75%) контрольної групи не скаржились на біль в оперованій кінцівці, задовільно пересувались з опорою на ногу, однак

Таблиця 4

**Результати лікування хворих контрольної групи за шкалою Харріса**

Оцінка	Ендопротезування (n =39)							
	Тотальне цементне		Однополюсне монополярне		Однополюсне біполярне		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відмінна	9	23,02	4	10,25	7	18,0	20	51,2
Добра	6	15,38	4	10,25	1	2,56	11	28,2
Задовільна	-	-	3	7,74	2	5,12	5	12,8
Незадовільна	-	-	1	2,56	2	5,12	3	7,8
<b>Всього</b>	<b>15</b>	<b>38,4</b>	<b>12</b>	<b>30,8</b>	<b>12</b>	<b>30,8</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

**Примітка:** дані статистично достовірні (p<0,05).

із використанням допоміжних засобів опори з повною амплітудою рухів. Інші оглянуті в цій групі відзначали різного ступеня біль в оперованій кінцівці, обмеження рухової активності, вкорочення кінцівки на 1–6 см. Не могли зовсім пересуватись 2 хворих (2,5%), обмеження самообслуговування констатували у 17 осіб (21,25%), пересувались лише на милицях у межах квартири 5 (6,25%).

Слід зазначити, що гірші функціональні результати спостерігались в зворотній залежності від віку хворих та наявності у них значних соматичних ускладнень. Важливим, на нашу думку, є той факт, що ендопротезування як спосіб хірургічного лікування переломів вертлюгової ділянки стегнової кістки сприяє ранній активізації хворих, тобто значно зменшує період післяопераційної реабілітації, що є вкрай важливим для цієї категорії пацієнтів.

## Висновки

Порівняльний аналіз віддалених результатів оперативного лікування хворих старшої вікової групи свідчить про високу ефективність первинного ендопротезування кульшового суглоба, що за-

безпечило 79,4% відмінних і добрих результатів порівняно з металоостеосинтезом різними конструкціями, де позитивні результати досягнуто тільки у 30% хворих за період обстеження.

## Література

1. Азизов М.Ж. Клинико-функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / М.Ж. Азизов, Д.Р. Рузубов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2012. – № 1. – С. 81–83.
2. Бур'янов О.А. Прокарті форте в комплексному лікуванні пацієнтів з ранніми стадіями остеоартрозу / О.А. Бур'янов, Т.М. Омельченко // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2016. – № 2. – С. 21–27.
3. Дулаев А.К. Особенности хирургического лечения и реабилитации пациентов пожилого возраста с чрезвертельными переломами бедренной кости / А.К. Дулаев, А.А. Потанчук, А.Н. Цед // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. – 2011. – Т. 18. – № 4. – С. 40–43.
4. Полулях М.В. Аналіз оперативних методів лікування через-та міжвертлюгових переломів стегнової кістки у хворих похилого та старечого віку / М.В. Полулях, С.І. Герасименко, М.С. Клепач // Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаява. – 2008. – № 2. – С. 93–96.
5. Рой І.В. Біомеханічні показники ходи у хворих після ендопротезування кульшового суглоба / І.В. Рой, І.К. Бабова, Л.О. Драч // Медичні перспективи. – 2010. – № 4. – С. 62–67.

### **ANALYSIS OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF OLDER PATIENTS WITH FRACTURES OF THE FEMUR IN THE TROCHANTERIC REGION AFTER SURGERY**

*Kaiafa A.M.*

**Summary.** The paper analyzes the long-term results of surgical treatment of 119 patients with older age groups pertrochanteric and intertrochanteric fractures of the femur. The authors evaluated the static and dynamic functionality, level of pain, movement and deformation of the operated limb of patients of the main and control group to determine the best method of surgical treatment to ensure the functional activity of patients.

**Key words:** pertrochanteric and intertrochanteric fractures, treatment outcome, osteosynthesis, hip arthroplasty.

### **АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ВЕРТЛУЖНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Каяфа А.Н.*

**Резюме.** В статье проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения 119 больных старшей возрастной группы с чрезвертельными и межвертельными переломами бедренной кости. Авторы оценили статико-динамическую функциональность, уровень болевого синдрома, движения и деформации оперированных конечностей больных основной и контрольной групп для определения лучшего метода хирургического лечения в обеспечении функциональной активности больных.

**Ключевые слова:** чрезвертельные и межвертельные переломы, результаты лечения, металоостеосинтез, эндопротезирование тазобедренного сустава.