



УДК 616.718.42-001.5-007.234-053.9-089.2]-07-085

ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОСТЕОПОРОТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Шимон В.М., Литвак В.В., Шимон М.В., Пушкаш І.І., Вайнагій О.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини, м. Ужгород

Вступ

За останні десятиліття Україна, як і більшість країн, підтверджує сумну статистику збільшення питомої ваги населення старших вікових груп, а відповідно ризик і частота переломів проксимального відділу стегнової кістки теж значно вищі. Пошкодження саме цієї зони, в переважній кількості випадків, характеризують травматизм для цієї групи людей [3]. Переломи ділянки проксимального відділу стегна є найбільш складними в плані лікування та переносимості пацієнтами, а прогностично малообнадійливими [1, 9]. Втрата кісткової маси у проксимальному відділі стегнової кістки особами до 85 років може сягати 50% у жінок і 35% у чоловіків. Остеопороз, як основна причина переломів, фігурує у близько 1 млн. випадків на рік, серед них 250 000 переломів стегна, 500 000 переломів хребта, 125 000 переломів зап'ястка та 125000 інших переломів [4, 5]. Різниця в частоті остеопоротичних переломів у жінок і чоловіків пояснюється більш прогресивною втратою кісткової маси у представниць слабкої статі та статистично довшою тривалістю життя жінок.

Найбільш вразливими до остеопоротичних переломів проксимального відділу стегна люди стають у віці 80 років. Згідно з даними американських вчених, смертність від перелому стегна в жінок після 50 років становить 2,8%, що дорівнює летальності від злоякісних пухлин молочної залози [5, 6]. Смертність у пацієнтів після остеопоротичних переломів стегна впродовж 1 року збільшується з віком і становить приблизно 20%, ще 13% помирають наступного року. У пацієнтів, які залишаються живими протягом 18 місяців, смерт-

ність така ж, як у тих, що не мали переломів [2, 7, 8]. Одним із найактуальніших питань травматології та ортопедії є відновлення функцій опірності кінцівки і рухомості в суглобах. Лікування переломів шийки стегна, особливо в людей старшого віку, потребує додаткових затрат, як матеріальних так і моральних. Традиційне лікування не завжди є ефективним у вирішенні даної проблеми і постає нагальна необхідність пошуку нових методів лікування.

Дані останніх досліджень показують, що при переломах шийки стегна у хворих старшого віку має виконуватися лише шляхом хірургічного лікування, тобто ендопротезуванням, тоді як нестабільності компонентів ендопротезу в остеопоротичній кістці продовжує гостро стояти перед вченими та лікарями-практиками. Одним із факторів ризику, який збільшує втрату кісткової тканини, є вік хворого, важка супутня патологія, метаболічні захворювання кісткової тканини, а також порушення методики хірургічного втручання та ведення хворого в післяопераційному періоді.

Застосування фармацевтичних препаратів є однією із умов вирішення проблеми остеопорозу, вони сприяють відновленню кісткової маси.

Мета дослідження

Підвищити ефективність лікування хворих похилого та старечого віку з остеопоротичними переломами шийки стегнової кістки на фоні соматичних захворювань на підставі удосконалення методів діагностики та хірургічного лікування.

Матеріали і методи

За період 2012 – 2015 років у відділенні ортопедії ЗОКЛ ім. Андрія Новака було проліковано 130 хворих з остеопоротичними переломами шийки стегна, віком від 60 до 87 (середній вік склав 78 р.).

Усіх наших хворих залежно від методу оперативного лікування (остеосинтез, однополюсне ендопротезування, тотальне ендопротезування) ми розподілили на такі групи: основну, до якої ввійшло 106 пацієнтів (остеосинтез – 29, однополюсне ендопротезування – 34, тотальне ендопротезування – 43); контрольну, до якої ввійшло 24 пацієнти (остеосинтез – 3, однополюсне ендопротезування – 9, тотальне ендопротезування – 12).

В залежності від типу перелому: рівня перелому – субкапітальні – 125 хворих, і трансцервікальні – 5 хворих, ступеня зміщення по Garden (Garden I-II – 34 хворих, Garden III-IV – 96 хворих); кута нахилу лінії перелому по Pauwels (Pauwels 1 – 18 хворих, Pauwels 2 – 73 хворих, Pauwels 3 – 39 хворих), з урахуванням ступеня остеопорозу за Singh, так, з вираженим Singh було 83 пацієнти, а з помірним – 47.

В залежності від ступеня активності до травми ми виділяли три групи: високу – 45 пацієнтів, середню – 51 пацієнт, низьку – 34 пацієнти.

Всі хворі мали супутні захворювання: три і більше супутні патології мали 52,2% пацієнтів, дві супутні патології були у 25% пацієнтів, і одна – в 22,8% пацієнтів. Найбільш частіше траплялися серцевосудинні захворювання у 88% пацієнтів та захворювання дихальної системи в 43% пацієнтів.

Результати досліджень

Нами розроблено алгоритм хірургічного лікування остеопоротичних переломів шийки стегнової кістки в людей похилого і старечого віку, що враховує: стан пацієнта (компенсований, субкомпенсований та декомпенсований), ступінь остеопорозу за Singh, ступінь зміщення за Garden, кут нахилу лінії перелому та Pauwels.

У 106 хворих основної групи з ушкодженням шийки стегнової кістки в плані консервативної корекції застосовували препарати натрію ібандронату моногідрату по 150 мг 1 раз в міс. за 60 хв. до першого прийому у цей день їжі, та кальцію карбонату з вітаміном D3 – (500 мг Ca+400 МО віт. D3) по 1 табл. 2

рази на день під час їжі. Курс лікування тривав протягом 6 місяців. Призначення починалося через три тижні після оперативного втручання.

Ми оцінювали щільність кісткової структури за допомогою денситометра, а також клінічно та рентгенологічно, в деяких хворих проведено комп'ютерну томографію, а також враховували стан хворого.

Для функціональної оцінки кульшового суглоба використовували шкалу Harris, що враховує біль, функцію, наявність або відсутність деформації, амплітуду рухів. Результат оцінювали за сумою балів: більше 90 балів – «відмінно», 80-89 балів – «добре», 70-79 балів – «задовільно», менше 70 балів – «незадовільно».

Результати лікування пацієнтів із компенсованою супутньою патологією:

До попереднього рівня активності пацієнти з остеосинтезом упродовж 6 місяців повернулось 15,4% пацієнтів, однополюсного ендопротезування 46,2%, тотального ендопротезування 45,8% пацієнтів. Через рік до попереднього рівня активності у пацієнтів із групи остеосинтезу та однополюсного ендопротезування повернулось 84,6%, в групі тотального ендопротезування 79,2% пацієнтів.

Результати лікування пацієнтів із субкомпенсованою супутньою патологією:

До попереднього рівня активності пацієнти з групи остеосинтезу впродовж 6 місяців повернулось 7,7% пацієнтів, однополюсного ендопротезування 57,9%, тотального ендопротезування 63,2% пацієнтів у контрольній групі 15,4%. Через 12 місяців до попереднього рівня активності пацієнтів із групи остеосинтезу 61,5%, однополюсного ендопротезування 84,2%, в групі тотального ендопротезування 73,9%, в контрольній групі 30,8%.

Порівнюючи пацієнтів із декомпенсованою супутньою патологією, до попереднього рівня активності впродовж 6 місяців у групі остеосинтезу повернулось 40% пацієнтів, у контрольній групі 14,3%. Через рік у групі остеосинтезу 66,7%, у контрольній групі 8,3% пацієнтів.

Висновки

1. Розроблений алгоритм лікування хворих похилого та старечого віку з остеопоротичними переломами шийки стегнової кістки дає можливість диференційовано підходити



до вибору методів хірургічного лікування залежно від віку хворого його соматичного стану типу і характеру перелому та ступеня остеопорозу:

- у хворих віком 60-70 років із трансцервікальними переломами шийки стегнової кістки (тип I-II за класифікацією Garden та I-II за класифікацією Pauwels), ступенем остеопенії IV - VI за Singh, загальним соматичним станом 1-2 бали за шкалою ASA методами вибору хірургічного лікування може бути безцементне тотальне ендопротезування кульшового суглоба або металоостеосинтез шийки стегнової кістки;
- у хворих віком 70-79 років із субкапітальними переломами шийки стегнової кістки (тип III-IV за класифікацією Garden та III тип за класифікацією Pauwels), ступенем остеопенії I-II за Singh, загальним соматичним станом 2-3 бали за шкалою ASA методом вибору може бути цементне тотальне ендопротезування кульшового суглоба або однополюсне цементне ендопротезування кульшового суглоба;
- в групі хворих віком понад 80 років із трансцервікальними або субкапіталь-

ними переломами шийки стегнової кістки (тип III-IV за класифікацією Garden та III тип за класифікацією Pauwels), I-III ступенем остеопенії за Singh, загальним соматичним станом 3-4 бали за шкалою ASA методом вибору може бути однополюсне ендопротезування кульшового суглоба, а в особливо тяжких випадках – малоінвазивний металоостеосинтез.

2. У результаті лікування хворих з остеопоротичними переломами шийки стегнової кістки з використанням запропонованого алгоритму отримано у групі пацієнтів після операцій остеосинтезу гвинтами: зі соматичними захворюваннями в стані компенсації ($86,2 \pm 11,4$) % позитивних результатів, субкомпенсації – ($85,4 \pm 16,0$) %, а в стані декомпенсації – ($48,0 \pm 2,7$)%.

У випадках однополюсного протезування у хворих зі станом компенсації досягнуто ($83,4 \pm 8,7$) % позитивних результатів, субкомпенсації – ($78,7 \pm 9,0$) %.

У разі тотального ендопротезування кульшового суглоба в стадії компенсації та субкомпенсації, позитивні результати отримані у ($85,8 \pm 4,9$) % та ($77,5 \pm 14,2$) %, відповідно.

Резюме. На сьогоднішній день одним із найактуальніших питань у травматології і ортопедії є відновлення функцій руху в суглобах і опірності кінцівок. Лікування переломів шийки стегна, особливо у людей похилого та старечого віку, вимагає додаткових витрат, як матеріальних, так і моральних. Питання хірургічного лікування хворих похилого та старечого віку в даний час не веде до дискусій. Звідси висновок: лікування переломів шийки стегна у хворих похилого віку – це хірургічне лікування. Воно ефективне для хворого, який у найкоротші терміни стає працездатним.

Ключові слова: остеопороз, остеосинтез, ендопротезування.

Diagnostics and features of surgical treatment of patients with the osteoporosis breaks of neck of thigh-bone for the people of declining and senile years with the use of medicament therapy

Shimon V.M., Litvak V. V., Shimon M.V., Pushkash I.I., Vajnegij O.M.

Summary. To date one of pressing questions in a traumatology and orthopaedy there is renewal of functions of motion in snglobakh and opornosti extremities. Treatment of breaks of neck of thigh, especially for the people of superannuated, requires additional expenses, both materially and morally. Questions of surgical treatment of patients of superannuated, it is a question in this period which does not conduct to dissksuiyam. From here conclusion, treatment of breaks of neck of thigh at bol'nikh pozhylogo vozrasta— it surgical. It efektivno and accessible for a patient which in the earliest possible dates of stanovitsa able to work.

Key words: osteoporosis, osteosintez, endoprotezirovanie.



ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л.М., Анкин М.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.
2. Гайко Г.В., Кукурудза Л.П., Торчинський В.П., Підгаєцький В.М., Сулима О.М., Осадчук Т.І. Ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого віку при переломах проксимального відділу стегнової кістки // Тотальне і ревізійне ендопротезування великих суглобів: Мат. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Київ-Львів, 2003. – С. 11 – 15.
3. Герцен Г.І., Проник А.І., Остапчук М.П., Малаві Амір. – Київ: Сталь, 2003. – 170 с.
4. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 3 томах. Т 2. / Под ред. Ю.Г. Шапошников. – М.: Медицина, 1997. – 592 с.
5. Поворознюк В.В., Нейко Є.М., Головач І.Ю. Глюкокортикоїд-індукований остеопороз. – Київ: ТМК, 2000. – 208 с.
6. Berend KR, Hanna J, Smith TM, Mallory TH, Lombardi AV. Acute hip arthroplasty for the treatment of intertrochanteric fractures in the elderly. – Journal Surgery and Orthopedy Adv. 2005 Winter; 14(4):185-9.
7. Haidukewych G.J., Berry D.J. Hip arthroplasty for salvage of failed treatment of intertrochanteric hip fractures. – Journal of Bone and Joint Surgery America. – 2003 May; 85-A(5):899-904.
8. Haentjens P, Casteleyn PP, Opdecam P. Primary bipolar arthroplasty or total hip arthroplasty for the treatment of unstable intertrochanteric and subtrochanteric fractures in elderly patients. – Acta Orthopedic Belgium. – 1994;60 Suppl 1:124-8.
9. Haentjens P., Casteleyn P., De Boeck H., Handelberg F., Opdecam P. Treatment of unstable intertrochanteric and subtrochanteric fractures in elderly patients. Primary bipolar arthroplasty compared with internal fixation.–Journal of Bone and Joint Surgery America. 1989 Sep; 71(8):1214-25.
10. White B.L., Fisher W.D., Laurin C.A. Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's.// Journal of Bone and Joint Surgery. – 1987. – 69A. – P.241 – 248.