

Є. В. Кулаженко, О. Д. Харитонов

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Одеський державний медичний університет

Лікування переломів шийки стегнової кістки внутрішньо- (медіальні) і позасуглобових (латеральні) у осіб похилого віку є однією з актуальних проблем геріатричної травматології [2; 4; 6]. Це обумовлено, по-перше, великою частотою і недостатньою ефективністю лікування таких переломів, що зумовлюють істотне порушення нестійкого в цьому віці гомеостазу, по-друге, високим відсотком смертності й летальності внаслідок загострень хронічних захворювань, які є, як правило, у цього контингенту, і значною кількістю ускладнень: незрощувань, хибних суглобів, асептичних некрозів, пневмонії, пролежнів, висхідної інфекції при консервативному лікуванні [3; 4; 9; 11].

Таким чином, показання до хірургічного лікування потерпілих у багатьох випадках є життєвими [4; 5; 7].

Сучасні досягнення анестезіології та реанімації, удосконалення хірургічної техніки, раціональні схеми післяопераційного ведення таких хворих дозволили істотно знизити ризик ускладнень і післяопераційну летальність [1; 2; 5; 8; 11].

Хоча основний стратегічний підхід до проблеми встановлено — хірургічне лікування по можливості в перші дні після травми, — низка важливих питань тактичного плану, зокрема диференційованих показань до різної техніки операції, передопераційної підготовки, післяопераційного ведення, які часто визначають успіх лікування, залишаються недостатньо розробленими або дискусійними [1; 2; 7; 9].

Одним із основних способів лікування переломів шийки стегнової кістки у літніх пацієнтів є ендопротезування. У США виконується щороку близько 250 000 ендопротезувань кульшового суглоба, у Великобританії — 60 000, Німеччині — 12 000 [1; 7; 9; 10].

З віком, особливо в постменструальному періоді у жінок, відмічається зміна кісткової маси і відповідно зниження міцності кісток [3; 6; 8].

При остеопорозі ендопротезування кульшового суглоба здійснюється з використанням цементної фіксації компонентів ендопротеза. Однак це не запобігає наступному асептичному розхитуванню ніжки ендопротеза [1; 7; 9; 10].

Матеріали та методи дослідження

У роботі аналізуються методику і результати хірургічного лікування 223 пацієнтів віком старше 60 і до 89 років з переломами шийки стегнової кістки, які лікувалися в Одеському травматологічному центрі з 1989 по 2002 рр. Серед пацієнтів переважали особи жіночої статі — 181 (81,2 %). За віком хворі розподілялись таким чином: 60–65 років — 86 (38,6 %); 66–75 років — 94 (42,1 %); старше 75 років — 43 (19,3 %) пацієнти.

П'ятдесяти семи хворим (25,5 %) здійснювали остеосинтез шийки стегнової кістки, здебільшого модифікованим трилопатним цвяхом або трилопатним цвяхом з діафізарною накладкою.

Ста сімнадцяти хворим (52,4 %) здійснювалось однополюсне ендопротезування.

Сорока дев'яти (22,0 %) хворим, переважно після 1995 р., здійснювалось тотальне ендопротезування ендопротезами різних фірм. При вираженому остеопорозі для фіксації ніжки ендопротеза використовувався кістковий цемент.

Операції виконувалися під загальним знеболенням або під провідниковою анестезією.

Хірургічне втручання проводилося протягом перших 5 днів після травми в 127 (56,9 %) випадках, через 6–10 днів — 73 (32,7 %) і після 10 днів — 23 (10,4 %).

При оцінці зміщення за лінією перелому ми користувалися класифікацією Garden [11; 12] без зміщення або вальгусне — I–II ступінь.

Для оцінки остеопорозу за рентгенограмами використовували методику і класифікацію Singch [12].

Існують достатньо точні методи визначення остеопорозу за допомогою ультразвукових апаратів за зміною швидкості проходження ультразвукової хвилі та інші способи, що потребують спеціальної апаратури. Однак вони мало уживані при лікуванні літніх хворих зі свіжим переломом шийки стегнової кістки, у яких практично завжди порушені загальний стан і транспортабельність. Тому ми, як і більшість авторів, визначали індекс Сінгха [12] і користувалися бальною схемою Споторно — Романьолі. Суму балів 6 і більше вважали відносним показанням до ендопротезування, суму балів більше 7 — абсолютним.

Останніми роками для оцінки остеопорозу у транспорта-



бельних хворих застосовували також КТ і МРТ, які дозволяють точніше оцінювати не тільки остеопороз, а й співвідношення фрагментів, структуру проксимального кінця стегнової кістки, хрящові структури головки і западини.

Крім клінічних і променевиких даних визначалися показники, які характеризують згортальні системи крові, білкові фракції.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування 3 груп хворих оцінювали за цифровою 100-бальною схемою Harris [7; 8], яка ґрунтується на суб'єктивних і об'єктивних показниках. Сто балів відповідають повному одужанню, кінцівка не відрізняється від контрлатеральної, що у наших хворих не спостерігалось. Тому результат понад 80 балів вважали відмінним, від 61 до 80 — добрим, від 41 до 60 балів — задовільним і нижче 41 бала — незадовільним.

Слід зазначити, що при виборі показань до тієї чи іншої методики операції мало значення також матеріально-технічне забезпечення. Остеосинтез шийки стегнової кістки здійснювався переважно до 1992 р., тотальне ендпротезування — після 1995 р. При виборі ендпротеза, на жаль, мали значення й економічні фактори, оскільки тотальні ендпротези коштують дорого, і Центр не мав можливості забезпечити ними пацієнта безкоштовно. Диференційовані показання до лікувальної тактики, сформульовані в даній роботі, були вироблені у міру

накопичення досвіду, в тому числі й негативного.

Остеосинтез було виконано 57 хворим, зрощування досягнуто у 25, у 11 розвинувся асептичний некроз головки стегнової кістки, у 21 — хибний суглоб шийки стегнової кістки. За шкалою Harris отримано такі результати: відмінних не було, добрі — 14, задовільні — 18, незадовільні — 25. Ретроспективно встановлено, що добрі результати отримано лише у хворих віком до 70 лет.

Причому добрі результати отримано тільки у випадках помірно вираженого остеопорозу, що відповідало 1–2 групі Сінгха або менше 7 балів за схемою Споторно — Романьолі.

Тромбофлебіти відмічались майже у половини хворих після остеосинтезу, тому ми з 1995 р. використовуємо у всіх пацієнтів старше 65 років з переломом шийки стегнової кістки медикаментозну профілактику: препарати низькомолекулярних гепаринів, зокрема, в останні роки — фраксипарин фірми Санофі (Франція).

У наших пацієнтів жіночої статі індекс Сінгха перед операцією становив у середньому $2,46 \pm 0,38$, у пацієнтів чоловічої статі — $3,11 \pm 0,44$, оцінка за схемою Споторно — Романьолі відповідно ($11,4 \pm 0,47$) і ($9,91 \pm 0,79$) бала.

Таким чином, наші дослідження показали, що цементна фіксація ніжки ендпротеза і при однополюсному, і при тотальному ендпротезуванні рекомендована переважній більшості пацієнтів з перело-

мом шийки стегнової кістки віком 65 років і практично всім старше 70.

Для підвищення міцності кісткової тканини, поліпшення мінерального обміну призначаємо тривалі терміни після операції препарати біфосонати, зокрема, фосомакс фірми Мерк і/або Міокальцик фірми "Sandor Farma", препарати кальцію 1500 мг на добу.

Контроль динаміки остеопорозу з використанням індексів Сінгха і тестів Споторно — Романьолі протягом 6–12 міс і більше після операції довів ефективність медикаментозної терапії. Однак не можна виділити роль лише одного фактора у зменшенні остеопорозу — медикаментозної терапії. З 1995 р. ми значно інтенсивніше проводили реабілітаційне лікування після операції — масаж, ЛФК, збільшення рухової активності. Безсумнівне значення має й удосконалення техніки операції.

При однополюсному ендпротезуванні (117 операцій) отримані такі результати: відмінні — 24, добрі — 38, задовільні — 37 і незадовільні — 18. Причиною незадовільних результатів стали післяопераційні ускладнення (нагноєння — 4 випадки, тромбофлебіти — 8), технічні помилки при виконанні операції (6) і порушення хворими рекомендованого їм післяопераційного режиму (16). Сума більша, ніж кількість незадовільних результатів, оскільки у 16 з 18 хворих відмічено поєднання вищезгаданих факторів, що зумовили несприятливий результат.

При тотальному ендпротезуванні (49 операцій) результати були істотно кращі: відмінні результати були отримані у 4 пацієнтів, добрі — у 20, задовільні — у 12 і незадовільні, обумовлені тими ж факторами, що і в попередній групі, — у 6. Однак відсоток ускладнень був нижчим, ніж у попередній групі, вдвічі.

Таблиця

Результати лікування, %

Методика лікування	Відмінні	Добрі	Задовільні	Незадовільні
Остеосинтез	—	24,6	31,6	43,8
Однополюсне ендпротезування	20,5	32,5	31,6	15,4
Тотальне ендпротезування	22,5	40,8	24,5	12,2



Для зручності порівняння наводимо зведені результати лікування у відсотках в аналізованих групах (таблиця).

Таким чином, ендопротезування дозволяє істотно знизити відсоток незадовільних результатів.

Висновки

Отже, порівняння результатів лікування переломів шийки стегнової кістки у пацієнтів старше 65 років довело перевагу ендопротезування перед остеосинтезом. Дещо кращі результати отримані при тотальному ендопротезуванні.

Важливе значення для запобігання тромбоемболічним ускладненням мають максимальне скорочення терміну і травматичності операції, ретельний гемостаз, медикаментозна терапія в до- і післяопераційному періоді, ЛФК і масаж. Для поліпшення мінерального обміну і зменшення остеопорозу хворі повинні тривалий час приймати препарати кальцію і антирезорбтивні засоби.

Закріпити і зафіксувати ендопротез за допомогою цементу технічно простіше і швидше. На місці контакту цемент —

кістка через 12–15 років настає розхитування. Це ускладнення не має істотного значення для даного контингенту. Тому цементне кріплення особливо рекомендоване у випадках, коли необхідно максимально закріпити виконання операції, здебільшого в осіб старше 70 років із захворюваннями внутрішніх органів, тобто у переважної більшості аналізованих хворих.

Однополюсне ендопротезування може використовуватися у хворих старше 75 років зі збереженням хряща вертлюжної западини і вираженими змінами внутрішніх органів, а також з матеріальних міркувань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. Практика остеосинтеза и эндопротезирования. — К., 1994. — С. 38-49.
2. Гайко Г. В., Поворознюк В. В., Подрушняк Є. П. Геріатрична ортопедія: проблеми та шляхи їх вирішення // Актуальні проблеми геріатричної ортопедії: Зб. матеріалів конф. — К., 1996. — С. 5-8.
3. Подрушняк Є. П., Гібало Н. М. Шейка бедренной кости и возраст человека // Там же. — С. 87-88.
4. Поворознюк В. В. Остеопороз та переломи шийки стегна // Там же. — С. 82-83.

5. Особенности проведения послеоперационной реабилитации пациентов старше 50 лет с тотальным эндопротезом тазобедренного сустава / О. И. Рыбачук, В. В. Поворознюк, С. Н. Бесединский, В. П. Торчинский // Вестн. физиотерапии и курортологии. — 1999. — Т. 5, № 1. — С. 21-24.

6. Рыбачук О. І., Беседінський С. М. Наш досвід лікування остеопорозу у хворих старших вікових груп з ендопротезом кульшового суглоба // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. — 1999. — № 1. — С. 59-61.

7. Искусственный тазобедренный сустав / О. И. Рыбачук, А. В. Калашников, И. В. Рой и др. — К., 2000. — 68 с.

8. Терновий М. К., Самохін А. В., Гребенніков К. О. Оптимальні методи остеосинтезу при переломах проксимального відділу стегна з точки зору ефективності та доступності // Укр. мед. часопис. — 2003. — № 1 (33). — С. 113-116.

9. Шапошніков Ю. Г. Травматология и ортопедия. — Т. 1. — М.: Медицина, 1997. — С. 217-252.

10. Garden R. S. Reduction and fixation of subcapital fractures of the femur // Orthop. Clin. North Am. — 1974. — P. 683-712.

11. Lindsay R. Osteoporosis update: Strategies to counteract bone loss, prevent fracture // Consultant July. — Svenborg, 1996. — P. 1387-1396.

12. Singch M. Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur as an index of osteoporosis // J. Bone Jt. Surg. — 1970. — Vol. 52 (Suppl. A). — P. 456.

УДК 616.831-005-08-084:616.839

Ю. Л. Курако, І. Г. Чемересюк

ВЕГЕТАТИВНИЙ І ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ЗОНІ ПІДВИЩЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО ФОНУ, І СПОСОБИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Проблема здоров'я жінок, які мешкають у зоні підвищеного радіаційного фону, важлива як в медико-біологічному, так і в соціальному плані. Особливий інтерес становлять жінки репродуктивного віку, оскільки здоров'я дитини

безпосередньо пов'язане зі здоров'ям матері. Ці проблеми хвилюють не лише генетиків, але й акушерів-гінекологів, педіатрів, а також лікарів практично усіх спеціальностей.

Спадковість, а також безпосередньо район мешкання

впливають на розвиток плода і здоров'я дитини так само, як і на організм матері.

Вегетативна нервова система, отже й адаптаційна організація жінки, безумовно, співвідноситься з аналогічними критеріями її дитини. Ці зв'яз-

