

ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ ВІТАМІНУ ДЗ

У статті наведені результати ефективності лікування пацієнтів із остеопоротичними переломами шийки стегнової кістки оперативними методами на фоні базисної консервативної терапії, з аналізуванням віддалених результатів. Аналіз результатів свідчить про проблему лікування хворих із переломами шийки стегнової кістки, що на сьогодні залишається невирішеною у зв'язку з недосконалістю відомих методів впливу на процес загоєння кісткової рани на фоні остеопорозу та потребу застосування антирезорбтивних препаратів.

Ключові слова: Остеопоротичні переломи шийки стегнової кістки, консервативне, оперативне лікування, мета-лоостеосинтез.

ВСТУП

Одним із найактуальніших питань травматології та ортопедії є відновлення функцій рухомості в суглобах і опірності кінцівки. Лікування переломів шийки стегна, особливо в людей старшого віку, потребує додаткових витрат, як матеріальних, так і моральних. Традиційне лікування інколи призводить до неефективного вирішення даної проблеми, й постає нагальна необхідність інших методів лікування, в тому числі й ендопротезування. На сьогоднішній день найбільш широкоживаним є тотальне ендопротезування кульшового суглоба. Довгий час дискутувалося питання використання однополюсного або тотального ендопротезування кульшового суглоба при переломах шийки стегна у хворих літнього віку. У пацієнтів з однополюсним протезом часто виникають такі ускладнення, як протрузія вертлужної впадини, розвиток больового синдрому, що стає перепорою до широкого застосування. Аналіз даних літератури свідчить, що однополюсні ендопротези показані у хворих літнього віку, старших за 70 років з вираженою супутньою патологією. Кожний рік у світі виконується понад 900 тис. подібних хірургічних втручань з ендопротезування хворих старшого віку. Статистика свідчить, що необхідність у подібних хірургічних втручаннях становить одна операція на 1000 населення [3]. Відомо, що субкапітальний перелом шийки стегна в людей старшого віку є причиною остеопорозу, а явища локального й загального остеопорозу є практично в кожного хворого з явними явищами остеопорозу.

Дані останніх досліджень показують, що хірургічне лікування переломів шийки стегна у хворих старшого віку має виконуватися лише шляхом ендопротезування, тоді як проблема попередження нестабільності компонентів ендопротеза в остеопоротичній кістці продовжує гостро стояти перед вченими та лікарями-практиками. Фактором ризику, який збільшує втрату кісткової тканини, є вік хворого, важка супутня патологія, метаболічні захворювання кісткової тканини, а також порушення методики хірургічного втручання та післяопераційного ведення хворого [5,7,12].

Залежно від віку прискорення процесів ремоделювання кісткової тканини з перевагою резорбції над її формуванням є приводом для розвитку остеопорозу та істотно погіршує перебіг фізіологічних фаз загоєння перелому. Зниження темпів утворення кісткової тканини характеризується зменшенням кількості й тривалості життя остеобластів, їхньої функціональної активності, що сприяє уповільненню процесів зрощення кістки. [6].

На сьогодні відомо, що переломи в зоні компактної та губчастої кісткової тканини відрізняються термінами консолідації. Це пов'язано з особливостями її структурної організації. Губчаста кісткова тканина сприятливіша для загоєння переломів, оскільки в її структурі знаходяться елементи, необхідні для формування регенерату, а компактна кісткова тканина характеризується низькою щільністю судин порівняно з губчастою, а також особливостями кровопостачання. [1,2].

Репаративна регенерація кістки – генетично запрограмований процес, проте стадійно-часові характеристики її перебігу залежать від багатьох факторів – як екзогенних, так і ендогенних. Найважливішою умовою формування повноцінного регенерату є іммобілізація кісткових фрагментів, для чого часто використовують різні види остеосинтезу. Однак у клінічній практиці не завжди можна обмежитися лише хірургічним лікуванням, оскільки часто міцність кісткової тканини недостатня для утримання внутрішнього фіксатора, а її регенеративна здатність дещо ослаблена. У зв'язку з цим останнім часом поряд із удосконаленням методів остеосинтезу значну увагу при-

діляють до застосування сучасних підходів до фармакотерапії репаративного остеогенезу, що дозволяє значно покращити результати лікування. [6].

Встановлено, що деякі антирезорбні засоби (бісфосфонати) можуть уповільнювати перебіг репаративної регенерації, знижуючи темпи кісткоутворення. Результати досліджень ефективності різних препаратів, які використовують у профілактиці і лікуванні остеопорозу, для стимуляції загоєння переломів неодноразовні [10,13].

Існують припущення, що препарати, які стимулюють формування кісткової тканини, можуть позитивно впливати на процес зрощення кісток [2,8].

Однією з умов вирішення проблеми остеопорозу являється застосування фармацевтичних препаратів, які сприяють відновленню кісткової маси [4,9,11].

Мета дослідження – покращити ефективність лікування пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки, оперативними методами лікування із застосуванням антирезорбтивної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В аналізованні взяли участь 86 хворих, які були прооперовані з приводу перелому шийки стегнової кістки у відділенні ортопедії ЗОКЛ ім. А. Новака в період 2010-2014 рр. Хворих розподілили на групи. В першу групу увійшли пацієнти, які не приділяли належної уваги консервативним методам в післяопераційному періоді 32, ця група була контрольною. 54 пацієнтам основної групи наголошували про необхідність застосування лікарських засобів для лікування остеопорозу. Для об'єктивного співставлення результатів лікування хворих було розділено за статевою приналежністю, віковою групою в обох групах відповідно. Розподіл пацієнтів за групами представлений в таблиці 1.

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки за віком та статтю

Вік	60-69		70-79		80 та більше	
	Основна	Контроль	Основна	Контроль	Основна	Контроль
Жін.	12	7	10	6	8	7
Чол.	8	5	5	4	3	3

Стан здоров'я пацієнта до операції оцінювали за даними клінічного, параклінічного обстеження, висновку терапевта, а також спеціалістів вузького профілю (за показаннями). Тільки 22% постраждалих були соматично здоровими й не потребували постійного прийому лікарських засобів. У решти пацієнтів діагностовані різні супутні патології, характерні для хворих похилого та старечого віку. Контрольні рентгенограми оцінювали за такими параметрами: наявність та стан кісткової мозолі, стан суглобової щілини, конгруентність суглобових поверхонь, наявність періартикулярних остеофітів, суглобові співвідношення, ознаки остеопорозу. Для

функціональної оцінки кульшового суглоба використовували шкалу Harris, що враховує біль, функцію, наявність або відсутність деформації, амплітуду рухів. З метою достовірної оцінки стану кісткової тканини та обґрунтування вибору фіксатора всім пацієнтам виконували денситометрію на апараті Lunar Prodigy, та лабораторні показники крові (кальцій, калій, магній, фосфор, вітамін Д).

Вибір методу оперативного втручання та імплантованого фіксатора здійснювали відповідно до протоколів лікування хворих МОЗ України. Види остеосинтезу, що проводилися хворим, були ендопротезування кульшового суглобу.

Поряд з хірургічним лікуванням ми застосовували також медикаментозне лікування, що полягало в призначенні Бонвіва 1 раз в міс. під час їди; Кальцій Д3 Нікомед Форте по 1т. 2р. д під час їди. Курс лікування рекомендували протягом 3 місяців.

Консервативне лікування з використанням анти остеопероїтичної терапії за наведеною схемою отримали 54 пацієнтів (51%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати лікування спостерігали в термін через 3 міс, 6 міс, 9 міс, та при можливості через 1 рік. Доцільність даної терапії оцінювали по результатам денситометрії, а функціональні результати за шкалою Harris Hip Score (100 бал.).

З 86 заповнених анкет шкали Harris ми отримали наступні дані: через 2 місяці після оперативного втручання почали ходити за допомогою милиць або 4-опорної рами 9 пацієнтів основної та 4 пацієнти контрольної групи, через 3 місяці – 21 та 14 відповідно, через 4 місяці – 29 та 20, в термін більше 6 місяців – 34 та 23 пацієнти. Із них 20 пацієнтів основної та 11 контрольної груп через 6 міс. ходили без допоміжних засобів. Через 1 рік після оперативного втручання всі пацієнти ходили, із них 3 пацієнти основної та 5 контрольної групи використовували тростину. При заповненні анкет на болі в кульшовому суглобі при ходьбі скаржилися 13 осіб основної (33,3%), та 15 осіб контрольної групи (46,6%), у решти 58 пацієнтів болі були відсутні. Повний об'єм рухів у кульшовому суглобі виявлений у 34 та 25 хворих, у 13 та 14 пацієнтів основної та контрольної груп відповідно амплітуда рухів знижена. Приступили до праці по господарству 36 (70%) та 26 осіб (56,6%).

ВИСНОВКИ

Таким чином, на основі аналізу отриманих відповідей на запитання анкети хворих із переломами шийки стегнової кістки можна констатувати:

Переломи шийки стегнової кістки залишаються тяжкою травмою, що викликає погіршення загального стану пацієнта та часто призводить до інвалідності;

Відомі на сьогодні металокопункції не можуть повністю забезпечити всі необхідні умови для зрощення кісткових відламків;

Оперативне лікування людей похилого віку з переломами ШСК залишається життєво важливим заходом, і повинно супроводжуватися забезпеченням антирезорбтивної терапії.

Застосування медикаментозної терапії дозволяє покращити результати оперативного лікування переломів шийки стегна, приводить до покращення якості життя пацієнтів шляхом унікальної здатності формувати нову кісткову тканину та збільшення мінеральної щільності кісткової тканини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Корж Н.А. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Локальные факторы, влияющие на заживление перелома (сообщение 4)/ Н.А. Корж, Л.Д. Горидова, К.К. Романенко//Ортопед, травматолог. – 2006. – №2. – С.99-106.
2. Корж Н.А. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Системные факторы, влияющие на заживление перелома (сообщение 3)/ Н.А. Корж, Н.В. Дедух, О.А. Никольченко // Ортопед, травматолог. – 2006. – №2. – С.93-99.
3. Льюман У., Минеральный обмен кости/ Льюман У., Льюман К.М. // Издательства иностранной литературы. – 1961.
4. Неверов В.А. Индивидуальное эндопротезирование у больных с переломами и ложными суставами шейки бедра: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Куйбышев, 1990. – 42с.
5. Поворознюк В.В. Препарати вітаміну D в профілактиці та лікуванні остеопорозу/ Поворознюк В.В., Григор'єва Н.В. // Ревматологічний журнал – 2001. – №3_4 (5_6). – С. 33_38.
6. Поворознюк В.В. Вплив «Бівалосу» на репаративну регенерацію кістки: результати експериментальних та клінічних досліджень/ Поворознюк В.В., Корж М.О., Григор'єва Н.В., Климовицкий Ф.В. // Ортопедія, травматология и протезирование. 2012.№1: 1-6.
7. Шевалаев Г.А. переломи проксимального отдела бедра у взрослых. // Альманах современной науки и образования. 2009. № 5 (24). С. 181-182.
8. Alegre D.N.Possible benefits of strontium renelate in complicated long bone fractures / Alegre D.N., C. Ribeiro, C. Sousa et al. // Rheumatol. Int. – 2012. Vol.32. – P. 439-443.

9. Hermann M., Camici G., Fratton A. et al. Differential effects of selective cyclooxygenase_2 inhibitors on endothelial function in salt_induced hypertension// Circulation. – 2003. – Vol.108. – P. 2308_2311.
10. Lehman R.A. Jr., Effect of teriparatide [rhPTH(1,34)] and calcitonin on intertransverse process fusion in a rabbit model / Lehman R.A. Jr., Dmitriev A.E.? M.J. Cardoso et al. // Spine. – Vol.35. – P.146-152.
11. Reicin A., Shapiro D., Sperling R.S. et al. Comparison of cardiovascular thrombotic events in patients with osteoarthritis treated with rofecoxib versus nonselective nonsteroidal anti_inflammatory drugs (ibuprofen, diclofenac, and nabumetone) // Am. J. Cardiol. – 2002. Vol.89. – P. 204_209.
12. Simank H.G. Diagnosis of a Septic Loosening in Total Hip Arthroplasty_Sensitivity of Clinical Examination / Simank H.G., Brocal D.R.S., Rode S., Lucoschek M. // Z Orthoped. – 1998. – Vol. 136, № 1. – P.39_43.
13. Sloan A.V. Parathyroid hormone and bisphosphonate have opposite effects on stress fracture repair /Sloan A.V., J.R. Martin, S.Li et al. // Bone. – 2010. – Vol.47. – P.235-240.

В. М. Шимон, В. В. Литвак, М. В. Шимон
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
медицинский факультет, кафедра общей хирургии
с курсами травматологии, оперативной хирургии и
судебной медицины, м. Ужгород, Украина

Лечение остеопоротических переломов шейки бедренной кости у людей пожилого возраста с учетом показателей витамина D3

В статье приведены результаты эффективности лечения пациентов с остеопоротическими переломами шейки бедренной кости оперативными методами на фоне базисной консервативной терапии, с анализом отдаленных результатов. Анализ результатов свидетельствует о проблеме лечения больных с переломами шейки бедренной кости, что на сегодня остается нерешенной в связи с несовершенством известных методов воздействия на процесс заживления костной раны на фоне остеопороза и необходимость применения антирезорбтивными препаратами.

Ключевые слова: Остеопоротические переломы шейки бедренной кости, консервативное, оперативное лечение, металлостеосинтез.

V. M. Shimon, V. V. Litvak, M. V. Shimon
Uzhgorod National University

Treatment of osteoporotic femoral neck fractures of the elderly people viewing the parameters of vitamin D3

Our research shows the results of efficiency of treatment the patients with osteoporotic hip fractures by operative methods on the background base therapy, also taking into consideration the analysis of long term outcome. The results of analysis showed the presence of problem in treatment of patients with the breaks of neck of thigh, that today remains unsolved in connection with imperfection of the known methods of influence on the process of bone wound healing on the background of an osteoporosis and necessity of application of antiresorbtic remedy.

Key words: subcapital fractures, conservative, surgical treatment, osteosynthesis.