

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 616.718.4 — 001.5 — 08 — 053.89

Принципи функціонального лікування постраждалих літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки. Аналіз ефективності методу, визначення та управління ризиками його застосування, стандартизована протокольна схема лікування

С.О.Гур'єв, А.І.Цвях, С.П.Сацик

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (директор — професор Г.Г.Рошін)
Київ, Україна

У статті наведені опис та аналіз різних методів консервативного лікування постраждалих літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки. Дана оцінка ризиків при застосуванні методів, доведено, що найбільш ефективним та безпечним є функціональний метод лікування. Наведена протокольна схема застосування функціонального методу.

Ключові слова: перелом, вертлюговий, стегно, лікування функціональне, літній вік.

Вступ

У попередніх роботах ми наводили опис та характеристику методу функціонального лікування постраждалих з вертлюговими переломами стегнової кістки (ВПСК). Однак оцінка будь-якого методу є недостатньою без проведення порівняння його ефективності з іншими методами, а також забезпечення його безпеки та адекватності для хворого [2, 4], а також зменшення ризиків виникнення ускладнень та заходів щодо зменшення впливу таких ризиків, як реалізація концепції «clinical risk management» [1, 7].

Також сучасні підходи та концепції надання медичної допомоги постраждалим з травмами вимагають стандартизувати вибір та реалізацію лікувально-діагностичних заходів [5, 6].

Зважаючи на вищевикладене, ми визнали необхідним та доцільним висвітлити ці питання в даному повідомленні.

Матеріали та методи дослідження

Крім заходів програмно-методологічного забезпечення, наведені в попередньому повідомленні, був застосований порівняльний аналіз виникнення ускладнень та летальності при застосуванні таких методів консервативного лі-

кування, як деротаційна пов'язка, скелетний витяг, функціональний метод лікування.

Для основного масиву пацієнтів літнього віку, лікування яких проводилось за індивідуальною програмою, результат також повинен оцінюватися індивідуально. Найголовнішими ознаками в оцінці результатів, безумовно, є летальність та рівень активізації (що визначає й рівень медико-соціальної адаптації) виписаних хворих. Тому величині вторинного зміщення відламків у результаті швидкого (раннього) початку навантаження суттєвого значення не надавалось за двома причинами: по-перше, вторинне зміщення передбачувалось свідомо, по-друге, як виявилось, у досліджуваних хворих втрата часу з початком навчання ходьбі значно негативніше впливала на її якість, ніж величина зміщення, тобто літня людина після вертлюгового перелому ходить тим краще, чим раніше розпочинає ходу, а не ніж з краще репонованим переломом.

Окрім того, доцільніше порівнювати результати лікування тільки у хворих з однаковим початковим функціональним рівнем. Іншими словами, один і той же рівень активізації міг оцінюватися як добрий для одного пацієнта і як незадовільний для іншого.

Відносно визначення терміну спостереження доцільно зауважити наступне. Найближ-

Таблиця 1

Аналіз ускладнень при лікуванні скелетним витягом

Вид ускладнення	%	Ri	Середній термін розвитку ускладнень (доба після отримання пошкодження)	Ri
Пролежні	24,9	2	4	1
Пневмонія	35,7	1	8	3
Психічні розлади	14,3	3	4	1
Місцеві	7,1	4	6	2

Примітка: у 33,3% випадках пролежні та пневмонія поєднувались, так як ускладнення розвинулись одне за іншим; до місцевих ускладнень відносились нагноєння в ділянці шиці для скелетного витягу.

чий результат — це якість самостійної ходьби до моменту виписки, тому нижньої межі для його встановлення принципово не існує (деякі хворі освоювали ходьбу на милицях протягом 5-7 днів і виписувались). Верхня межа оцінки критерію найближчого результату, за нашими спостереженнями, не повинна перебільшувати 6 тижнів і в середньому становить 4-5 тижнів, оскільки пацієнт, який не освоював до цього часу ходьбу, вже і в подальшому самостійно не рухався.

Найближчі результати були оцінені у 159 хворих. Віддалені результати оцінювались з урахуванням віку пацієнтів, однак ми орієнтувались на середній термін утворення кісткової мозолі, а тому вважали, що через 3-4 місяці після травми можна говорити про кінцевий функціональний результат у переважній кількості випадків; деяке покращення його можна чекати тільки у частини фізично міцних хворих. Таким чином, ми обов'язково намагались простежити максимально можливу кількість хворих через 2-3 місяці після виписки, а в більш пізні терміни — по можливості.

Природно, що найбільші складнощі виникали під час оцінки результатів у хворих від 80 років, яких було більше 50% і які були найбільш схильні до процесів вікової декомпенсації за-

гального стану, тому в цих вікових групах кількість спостережень найменша.

Оцінка віддалених результатів лікування проводилась з урахуванням клінічних, рентгенологічних даних та показників функціональних методів дослідження. Порівняння проводилось відповідно до законів статистичного аналізу.

Були розраховані результативні ризики виникнення ускладнень та летального результату в залежності від методу лікування та визначені заходи щодо управління ризиками, що зазначено з метою їх мінімізації. Формування протокольної схеми було проведено за методологією Fletcher, рекомендованою ВООЗ.

Аналіз та розрахунки були проведені відповідно до критеріїв та вимог доказової медицини, що забезпечило знаходження результатів, висновків та положень в межах поля вірогідності.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати застосування скелетного витягу. Скелетний витяг використовувався в усіх вікових групах. Чітко визначених соматичних протипоказань до застосування даного методу не було. Витяг налагоджували хворим з деменцією, цукровим діабетом, геміпарезами й іншими патологіями. Загалом метод використаний у 24 (27,6%) випадках у контрольній групі. У всіх випадках застосування витягу протягом першого тижня вдавалось досягти задовільної репозиції уламків, що підтверджувалось рентгенологічним контролем.

Витяг тривав у середньому 42 дні, наступна активізація на милицях займала від 6 до 12 днів. Середній лішко-день склав 52,7 дня (у чоловіків — 49 днів, у жінок — 53 дня).

Із 24 пацієнтів, у яких був застосований скелетний витяг, тільки в 11 (45,8%) вдалось витримати його протягом 6 тижнів, тому тільки в цих випадках можна говорити про повноцінне використання методу. Результати активіза-

Таблиця 2

Летальність при лікуванні скелетним витягом

Причина смерті	Кількість померлих	Питома вага від кількості летальних випадків, %	Питома вага від кількості хворих, які лікувались скелетним витягом, %
Інтоксикація	3	42,8	12,5
Інфаркт міокарда	2	28,6	8,3
Порушення мозкового кровообігу	1	14,3	4,2
ТЕЛА	1	14,3	4,2
Усього	7	100	29,2

ції у цих пацієнтів виявились наступні: 2 жінок і 1 чоловік освоїли ходьбу на милицях без навантаження на перелом, що було обов'язковою умовою збереження досягнутої репозиції.

Таким чином, тільки у 3 хворих (12,5% від тих, яким був застосований витяг) був досягнутий добрий найближчий результат лікування. 2 чоловіків та 5 жінок змогли ходити тільки з опорою на пошкоджену ногу, що викликало болі в ділянці перелому й зменшення досягнутої репозиції шийково-діафізарного кута в середньому на 20°. Таким чином, у 7 (29,2%) хворих був досягнутий задовільний результат лікування. У 14 (58,3%) пацієнтів результат лікування був незадовільний у зв'язку з розвитком різноманітних ускладнень.

Аналіз результатів застосування скелетного витягу в осіб літнього віку дозволяє говорити про певні закономірності розвитку ускладнень у цього вікового контингенту (табл. 1).

Таким чином, у 33,3% хворих розвинулись ускладнення, які вимагали демонтажу витягу, тобто метод виявився неефективним. При цьому, на нашу думку, в 66,7% випадків ускладнення були зумовлені вимушеним положенням хворого в ліжку й пов'язаним із цим обмеженням його мобільності. Іншими словами, пневмонії та пролежні є гіподинамічними ускладненнями, а скелетний витяг у хворих літнього віку виступає фактором, який сприяє їх розвитку.

Як свідчить аналіз даних, наведених у табл. 1, при лікуванні постраждалих методом скелетного витягу виникають ускладнення перебігу травматичного процесу, котрі значно погіршують прогноз його результату, причому раніше виникають ускладнення, які в подальшому не дозволяють проводити будь-яке ефективне лікування, зокрема психічні розлади, що виникають у середньому вже на 4 добу після отримання травми.

У подальшому розвитку травматичного процесу у постраждалих, яким проводилось лікування за методом скелетного витягу, виникають ускладнення, які є безпосередньою загрозою для життя людини літнього віку, зокрема пневмонія, котра виникає більш ніж у третини постраждалих при середньому терміні виникнення 8 доба.

Узагальнюючи викладене вище, можна зазначити, що метод скелетного витягу не є оптимальним для лікування постраждалих літнього віку внаслідок високого ризику виникнення ускладнень, викликаних гіподинамією та які стали основною причиною летальності хворих літнього віку при лікуванні методом скелетного витягу (табл. 2).

Таким чином, у половини пацієнтів безпосередньою причиною смерті була інтокси-

кація, яка розвинулась на фоні пневмонії або пролежнів.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про доцільність обмеження використання скелетного витягу у пацієнтів старше 64 років.

Невдачі в лікуванні цим методом у контрольній групі могли мати, на наш погляд, тільки два пояснення. Або витяг застосовувався без правильної оцінки соматичного статусу конкретного пацієнта, тобто при наявності протипоказань, або ж взагалі мала місце недооцінка небезпеки вимушеного положення для життя хворих літнього віку.

Так, вважалось, що всі пацієнти 1 функціональної групи, які мали високий функціональний рівень й компенсований соматичний статус, будуть активно займатися лікувальною фізкультурою, що дозволить їм зберегти в період перебування в ліжку достатній для наступної активізації запас фізичних сил. Однак такий розрахунок виправдався не в усіх випадках, так як не всім хворим виявилось під силу виконання основної вправи, яка полягала в підтягуванні на балканській рамі з обов'язковим відривом від ліжка тазового поясу. Невиконання цієї вправи значно збільшує ймовірність розвитку пневмонії й пролежнів.

Результати лікування деротаційною пов'язкою. Застосовувалась розрізна гіпсова пов'язка до верхньої третини гомілки з ватно-марлевою підкладкою. Цей метод як основний був використаний у 26 (29,9%) хворих контрольної групи, серед яких було 7 чоловіків та 19 жінок. Основою для такого широкого використання пов'язки стало уявлення, що більші в порівнянні з витягом можливості для активної поведінки дозволять уникнути пацієнту гіподинамічних ускладнень у гострому періоді травми. Тривалість іммобілізації коливалась у широких межах — від 21 до 42 днів. ЛФК проводилось тільки в ліжку. Рентгенологічний контроль здійснювався після припинення іммобілізації.

Після зняття пов'язки самостійно пацієнти ходити на милицях не могли. 3 (11,5%) хворих могли пересуватися із сторонньою допомогою. Розрахунок на більшу фізичну активність хворих у деротаційних пов'язках порівняно з хворими, які перебували на витягу, не виправдався на практиці. Гіподинамічні ускладнення в них спостерігались також доволі часто: пневмонія — у 6 хворих, пролежні — у 7, а поєднання їх — у 4 пацієнтів. Таким чином, ускладнення розвинулись у 17 (65,4%) пацієнтів.

Нами було вивчено виникнення ускладнень у постраждалих з ППВСК, результати наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Аналіз ускладнень при лікуванні деротаційною пов'язкою

Вид ускладнення	%	Ri	Середній термін розвитку ускладнень (доба після отримання пошкодження)	Ri
Пролежні	11,54	3	7	3
Пневмонія	19,23	1	9	4
Психічні розлади	15,38	2	4	1
Місцеві	7,69	4	6	2

Значне збільшення кількості ускладнень відповідно зумовило й приріст показників летальності (табл. 4). Як видно з табл. 4, померло більше половини пацієнтів, які лікувались деротаційною пов'язкою, тобто порівняно з попередньою групою летальність зросла в 2 рази.

Таким чином, лікування деротаційною пов'язкою не тільки не вирішило проблеми гіподинамії пацієнтів, але й поглибило її.

Аналіз результатів застосування запропонованого методу функціонального лікування. Були простежені віддалені наслідки у 65 (87,8%) пацієнтів. У результаті аналізу отриманих даних встановлено, що в усіх випадках вертлюгових пошкоджень наступила консолидація перелому. Зміна довжини зламаної кінцівки спостерігалась у всіх випадках, за винятком двох спостережень, коли у пацієнтів виникли переломи без зміщення (I типу) і вони змогли освоїти ходьбу без опори на пошкоджену ногу. У всіх інших потерпілих визначалось вкорочення хворої кінцівки, величина якого не була пов'язана з типом перелому й коливалась у межах 1,5-4,5 см, що легко компенсувалось збільшенням товщини підошви взуття на хворій кінцівці (таким чином усувався й перекіс таза).

При обстеженні на болі в спокої пацієнти не скаржились. Болі при ходьбі (у колінному суглобі або ж у всій кінцівці) відзначали 48 (64,0%) пацієнтів, які в основному були старше 75 років. Інтенсивність їх була незначною

й суттєвого негативного впливу на самопочуття не мала.

Основним показником вважалась якість ходьби, тому він оцінювався за бальною шкалою. Оцінка «добре» виставлялась тоді, коли пацієнт повернувся до догоспітального способу життя.

17 (26,2%) пацієнтів ходили з кулькою й могли часто виходити за межі квартири. 21 (32,3%) хворий вів активний домашній (як і до травми) спосіб життя, ходив з кулькою або ж з однією милицею, міг виходити на вулицю зі сторонньою допомогою (останнє стосувалось тільки тих, хто проживав у будинках з ліфтом або ж на першому поверсі). Таким чином, 58,1% результатів були оцінені як «добрі».

Оцінка «задовільно» виставлялась тоді, коли пацієнт став вести менш активний, ніж до травми, спосіб життя, але зберіг здатність самообслуговування. Такий результат констатовано в 19 (29,2%) хворих.

«Незадовільно» виставлялось у випадках, коли хворі, які могли пересуватися під час лікування в стаціонарі, перестали ходити в домашніх умовах. Таких пацієнтів було 8 (12,3%). В 11 хворих причиною стало погіршення соматичного стану, а ще 4 почали постійно користуватися сторонньою допомогою й таким чином втратили стимул до активної поведінки.

Госпітальна летальність склала 1,32%. Померла одна пацієнтка. Причиною смерті була тромбоемболія легеневої артерії.

При аналізі летальності після виписки виявлено, що з 7 пацієнтів, які перестали ходити, протягом перших 3 місяців померли 2 (2,63%).

Для більш наглядної характеристики функціонального методу лікування наводимо показники середнього ліжко-дня в тій групі пацієнтів, які лікувались тільки цим методом. Нагадаємо, що функціональним методом лікувалось 74 хворих, із них 54 (73,0%) жінки і 20 (27,0%) чоловіків. Середній ліжко-день склав 30,4 дня, у жінок — 31,8 дня, у чоловіків — 23,8 дня. При цьому щороку спостерігалось зниження середнього ліжко-дня.

Таблиця 4

Летальність при лікуванні деротаційною пов'язкою

Причина смерті	Кількість померлих	Питома вага від кількості летальних випадків, %	Питома вага від кількості хворих, які лікувались деротаційною пов'язкою, %
Інтоксикація	9	64,4	34,6
ТЕЛА	3	21,4	11,5
Інфаркт міокарда	1	7,1	3,9
Інсульт	1	7,1	3,9
Усього	14	100	53,8

Таблиця 5

Аналіз ускладнень при лікуванні функціональним методом

Вид ускладнення	%	Ri	Середній термін розвитку ускладнень (доба після отримання пошкодження)	Ri
Пролежні	5,41	4	9	2
Пневмонія	10,81	2	11	1
Психічні розлади	12,16	1	4	4
Місцеві	6,76	3	6	3

Так, у 2003 р. він склав 32,1 дня (33,9 у жінок та 24,1 у чоловіків), у 2004 р. — 31,0 дня (32,3 у жінок та 23,7 у чоловіків). У 2008 р. — 27,1 дня (27,9 у жінок та 23,2 у чоловіків). Помітне зниження ліжко-дня пов'язане з прискоренням процесу активізації, який мав місце в міру накопичення нами кількості спостережень.

Як було сказано вище, функціональний метод лікування був спрямований, у першу чергу, на попередження гіподинамічних ускладнень. Однак повністю уникнути їх не вдалось. Причина — недостатньо швидкий підйом пацієнта з ліжка. Затримка активізації мала свої причини. По-перше, на початку наших досліджень ми побоювались надто швидко дозволяти опору на зламану ногу. По-друге, нами безпідставно переоцінювались, з одного боку, ефективність для літніх людей лікувальної фізкультури в ліжку, а з іншого — саме прагнення пацієнтів до самостійних занять. По-третє, виявилось, що підйом з ліжка проходив значно швидше та успішніше при лікарському контролі, тобто зусиль тільки методиста з лікувальної фізкультури та родичів, що здійснювали догляд, досить часто виявлялось недостатньо для подолання негативної реакції хворого.

Гіподинамічні ускладнення виникли у 6 (3,9%) хворих: із них 3 випадки вогнищевої пневмонії та 3 — поверхневі пролежні куприка. Вік усіх хворих коливався від 78 до 90 років. У всіх випадках ускладнення були ліквідовані після активізації, й пацієнти виписані.

Другу групу ускладнень ми назвали функціональними, так як їх виникнення було зумовлене падінням хворих у процесі навчання ходьби на милицях, що стало причиною додаткових травм. Усього із 129 хворих спостерігалось 3 (2,3%) таких ускладнення. Дві пацієнтки впали на 8 та 10 день відповідно при спробі пересуватися без сторонньої допомоги й отримали переломи променевої кістки в «типовому місці». Третя хвора впала при першому підйомі на ноги з методистом на 5 день перебування в стаціонарі.

54 (72,9%) жінки лікувались функціональним методом, із них виписано 53. Самостійно почали ходити на милицях 11 (20,4%), освоїли ходьбу з манежем 28 (51,9%). За всіма хворими був значно спрощений догляд.

Таким чином, у 39 (72,2%) пацієнток був досягнутий достатній рівень самообслуговування.

Усіх 20 чоловіків, у яких був застосований функціональний метод, були виписані додому. Із них освоїли самостійну ходьбу на милицях 17 (85,0%), а 3 (15,0%) — ходьбу з манежем. Таким чином, достатній рівень самообслуговування досягнутий у всіх хворих.

Вище вже вказувалось, що ми не вважаємо за необхідне добитися в стаціонарі ходьби на милицях, оскільки ходьба з манежем забезпечує хворому достатній ступінь самостійності, тобто дозволяє обходитись у домашніх умовах без сторонньої допомоги. Тому освоєння ходьби на милицях і з манежем вважалось добрим найближчим функціональним результатом, а пересування в манежі — задовільним. Звідси добрий функціональний результат на момент виписки був досягнутий у 43 (58,1%) пацієнтів, задовільний — у 12 (16,2%) хворих.

Із 37 хворих функціональної третьої групи 19 змогли вставати зі сторонньою допомогою, 18 (із них 5 чоловіків) підняти з ліжка не вдалось. Із 13 неактивізованих жінок 4 були віком 75-79 років, 18 — віком 80-84 роки та 13 — віком 85 років та старше. Усі неактивізовані чоловіки були віком 79-83 роки.

Таким чином, переважна більшість неактивізованих хворих були людьми літнього віку,

Таблиця 6

Аналіз загальної летальності

Причина смертності	Кількість померлих	Питома вага до кількості летальних випадків, %	Питома вага до загального масиву, %	Ri
Інтоксикація*	12	54,54	7,36	1
ТЕЛА	5	22,73	3,07	2
Недостатність системи кровообігу	5	22,73	3,07	2
Усього	22	100	13,5	

Примітка: * — інтоксикація внаслідок пневмонії, пролежнів та хірургічної інфекції.

Таблиця 7

Аналіз ризиків виникнення ускладнень при лікуванні різними методами

Вид ускладнення	Скелетний витяг	Ri	Деротаційна пов'язка	Ri	Функціональний метод	Ri
Пролежні	0,33	2	0,13	3	0,06	4
Пневмонія	0,56	1	0,24	1	0,12	2
Психічні розлади	0,17	3	0,18	2	0,14	1
Місцеві	0,08	4	0,08	4	0,07	3

Таблиця 8

Аналіз ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу при лікуванні різними методами

Причина смертності	Скелетний витяг	Ri	Деротаційна пов'язка	Ri	Функціональний метод	Ri
Інтоксикація	0,14	1	0,53	1	0	
Інфаркт міокарда	0,09	2	0,13	2	0	
Порушення мозкового кровообігу	0,04	3	0,04	3	0	
ТЕЛА	0,04	3	0,04	3	0,01	1
Усього	0,41		1,16		0,01	

виражена фізична слабкість яких й обумовила відсутність ефекту функціонального методу.

Дані проведеного аналізу виникнення ускладнень перебігу травматичного процесу в постраждалих, віднесених до функціональної групи, наведені в табл. 5.

За період 2000-2007 рр. у стаціонарі померло всього 22 (13,5%) хворих, у тому числі 17 (77,3%) жінок та 5 (12,7%) чоловіків. Причини летальності наведені в табл. 5.

Потрібно зауважити, що у 18 випадках було проведено патологоанатомічне дослідження. У 4 випадках, коли аутопсія не проводилась, причина смертності від ранової інтоксикації або ж пневмонії не викликала сумнівів.

Дані табл. 6 демонструють, що основною причиною смертності в наших дослідженнях була інтоксикація внаслідок пневмонії, пролежнів та хірургічної інфекції (54,54%).

Випадки смерті від інфаркту міокарда та інсульту, на наш погляд, варто вважати за природні причини смертності у людей літнього віку.

Порівняння результатів у залежності від методу лікування. Таким чином, порівнюючи результати лікування ВПСК різними методами, встановлено, що застосування раціональної лікувальної тактики у пацієнтів літнього віку, післятравматична гіподинамія у яких майже завжди зумовлює розвиток швидкої декомпенсації соматичного стану, дозволяє досягти прийнятних функціональних результатів.

Для оцінки ефективності функціонального методу нами оцінювались основні клінічні та статистичні показники в порівнянні з аналогічними в контрольній групі.

Загальна кількість хворих контрольної групи становила 87 хворих старше 64 років з черезвертлюговими переломами, у дослідній — 76 пацієнтів. У контрольній групі середній ліжкодень склав 29,4 дня, при цьому у жінок — 30,0, у чоловіків — 24,3 дня. У дослідній групі цей показник достовірно нижчий — 24,7 дня, у жінок — 25,5 дня, у чоловіків — 20,1 дня.

Нагадаємо, що в контрольній групі під час лікування витягом пневмонія та пролежні спостерігались у 41,3% хворих, а при застосуванні деротаційної пов'язки — у 41,6% пацієнтів. Таким чином, застосування функціонального методу (3,9%) дозволило знизити кількість таких ускладнень більш ніж у 10 разів.

Ризики виникнення ускладнень та летального результату перебігу травматичного процесу. З метою визначення доцільності застосування різних методів консервативного лікування були визначені та розраховані результативні ризики виникнення ускладнень травматичного процесу та летального результату цього процесу в залежності від методів лікування. Результати наведені в табл. 7, 8.

Аналіз даних, наведених у табл. 6 та 7, свідчить про наявність наступних закономірностей. Найбільш негативні результати лікування, тобто найбільші ризики виникнення таких ускладнень, як пролежні та пневмонії, мають скелетний витяг та деротаційна пов'язка.

При цьому ризик виникнення пролежнів при лікуванні функціональним методом у 5,8 разу менший за умов лікування скелетним витягом та в 2,28 разу менший, ніж при лікуванні деротаційною пов'язкою.

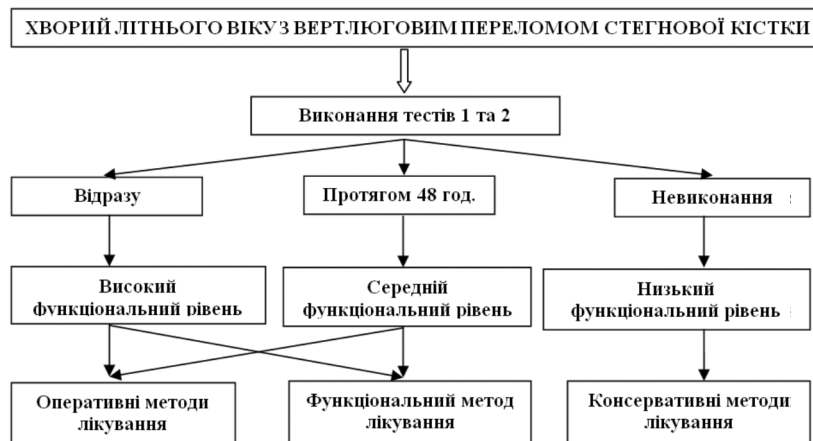


Рис. 1. Протокольна схема стандартизованого комплексного лікування хворих з вертлюговими переломами стегнової кістки в літньому віці.

Ризик виникнення пневмонії при лікуванні функціональним методом у 4,58 разу менший, ніж при лікуванні скелетним витягом, та в 1,96 разу менший, ніж при лікуванні деротаційною пов'язкою.

Стосовно виникнення психічних розладів варто зауважити, що найбільший ризик їх виникнення існує при лікуванні деротаційною пов'язкою, трохи менший — при лікуванні скелетним витягом, хоча різниця не є вірогідною.

Однак при лікуванні функціональним методом різниця хоч не є досить значною, але є вірогідною та в 1,21 разу менша за лікування скелетним витягом та в 1,31 разу менша, ніж при лікуванні деротаційною пов'язкою. Вірогідної різниці ризиків виникнення місцевих ускладнень при лікуванні різними методами не виявлено.

Стосовно визначення ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу (табл. 8) варто зауважити, що найбільший ризик виникнення летального результату внаслідок інтоксикації та ГІМ має деротаційна пов'язка.

Ризик виникнення летального результату внаслідок порушення мозкового кровообігу майже однаковий при лікуванні деротаційною пов'язкою та скелетним витягом.

Визначити ризик виникнення летального результату внаслідок причин, зазначених вище, при лікуванні функціональним методом у статистично значимому показнику, не виявилось можливим, що вказує на відсутність безпосереднього впливу зазначеного методу на виникнення летального результату.

Ризик виникнення ТЕЛА у постраждалих є майже рівнозначним при лікуванні скелетним витягом та деротаційною пов'язкою, водночас такий ризик у 3,08-3,15 разу менший при ліку-

ванні функціональним методом.

За інтегральним показником ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу на першому місці знаходиться лікування постраждалих методом деротаційної пов'язки — показник 1,16, що в 2,83 разу більше за показник лікування скелетним витягом та у 8,43 разу за лікування функціональним методом.

Таким чином, показник ризику при лікуванні функціональним методом у 8,4 разу менший, ніж при лікуванні деротаційною пов'язкою, та в 2,99 разу менший за показник ризику при лікуванні скелетним витягом.

Таким чином, можна стверджувати, що найменший ризик виникнення ускладнень та летального результату перебігу травматичного процесу мають постраждалі з ВПСК, яким був застосований функціональний метод лікування, що повинно бути реалізовано за протокольною схемою.

Запропонована протокольна схема реалізує принцип стандартизованого комплексного лікування хворих з ВПСК в літньому віці та ґрунтується на результатах виконання функціональних тестів, котрі визначають можливість та часові рамки застосування функціонального методу лікування постраждалих з переломами ВПСК, котрі забезпечують найбільш адекватне та ефективне застосування методу, що зазначено, та дозволяють сягнути достатнього клінічного та соціально-медичного результату.

Висновки

1. При визнанні недоцільним проведення оперативного втручання, постраждалі літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки потребують проведення ефективного та адекватного консервативного лікування.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. У процесі консервативного лікування постраждалих літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки є реальна можливість виникнення ускладнень, котрі значно погіршують перебіг травматичного процесу та можуть привести до його летального результату.

3. Найменший ризик виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у

постраждалих літнього віку з вертлюговими переломами стегнової кістки має метод функціонального лікування, найбільший — деротаційна гіпсова пов'язка.

4. Функціональне лікування повинно реалізовуватися відповідно до протоколної схеми з урахуванням принципу мінімізації ризиків.

Література

1. Аськов Н.А. Особенности лечения больных с вертельными переломами бедренной кости у лиц пожилого возраста: Материалы VI съезда травматологов-ортопедов СНГ / Н.А.Аськов. — Ярославль, 1993. — С. 41-42.
2. Бодулин В.В. Функциональное лечение закрытых диафизарных переломов бедра и голени при политравмах / В.В.Бодулин, А.К.Харалов, А.А.Воротников, И.Н.Анисимов // Анналы травматологии и ортопедии. — 1995. — №2. — С. 49-53.
3. Пелипенко В.П. Лечебная тактика при переломах проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста: дис. ... канд.мед.наук: 14.00.22 / В.П.Пелипенко. — Харьков, 1978. — 153 с.
4. Hayes K.S. Case study of hip fracture in an older person / K.S.Hayes, E.E.Steinke, A.Heilman // J. Am. Acad. Nurse Pract. — 2003. — Vol. 15. — №10. — P. 450-457.
5. Mendelsohn M.E. Specificity of functional mobility measures in older adults after hip fracture: a pilot study / M.E.Mendelsohn, D.S.Leidl, T.J.Overend, R.J.Petrella // Am. J. Phys. Med. Rehabil. — 2003. — Vol. 82. — №10. — P. 766-774.
6. Lawrence T.M. Age-specific incidence of first and second fractures of the hip / T.M.Lawrence, R.Wenn, C.T.Boulton, C.G.Moran [et al.] // J. Bone Joint Surg. Br. — 2010. — Vol. 92. — P. 258-261.
7. Suriyawongpaisal P. Quality of life and functional status of patients with hip fractures in Thailand Southeast Asian / P.Suriyawongpaisal, S.Chariyalertsak, S.Wanvarie // J. Trop. Med. Public Health. — 2003. — Vol. 34. — №2. — P. 427-432.

С.Е.Гурьев, А.И.Цвях, С.П.Сацьк. Принципы функционального лечения пострадавших старшего возраста с вертельными переломами бедренной кости. Анализ эффективности метода, определение и управление рисками его применения. Киев, Украина.

Ключевые слова: перелом, вертельный, бедро, лечение функциональное, старший возраст.

В статье представлены описание и анализ различных методов лечения пострадавших с вертельными переломами бедренной кости. Приведена оценка рисков при применении методов лечения, доказано, что наиболее эффективным и безопасным является метод функционального лечения. Приведена протокольная схема лечения.

S.O.Guryev, A.I.Tsviach, S.P.Satsyk. Principles of functional treatment of victims older people with trochanteric fractures of the femur. Analysis of the effectiveness of the method, the identification and management of risks of its application. Kyiv, Ukraine.

Key words: fracture, trochanteric, hip, treatment of functional, senior age.

The paper presents a description and analysis of various methods of treatment of patients with trochanteric fractures of the femur. The risk assessment of the application of methods of treatment is shown, it is proved that the most effective and safest method is the functional treatment. The protocol scheme of the treatment is demonstrated.

Надійшла до редакції 31.01.2010 р.