

medical students from among migrants to study at the departments of theoretical profile, discussed the most effective ways to overcome these problems.

Keywords: students-migrants, adaptation, educational activity.

Рецензент - д.мед.н. Школьников В.С.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016

Мазченко Віталій Феодосійович - к.мед.н., асистент кафедри анатомії людини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(068)8610458
Шевченко Володимир Миколайович - к.мед.н., доцент кафедри анатомії людини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(097)4109826
Назарова Олександра Сергіївна - асистент кафедри анатомії людини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(096)2802000

© Малик В.Д.

УДК: 616.718.4:616-001.5(477)

Малик В.Д.

Полтавська обласна лікарня ім. Н.В. Скліфосовського (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна)

ПЕРЕЛОМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ: СУЧАСНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ)

Резюме. В роботі проведений аналіз джерел вітчизняної та іноземної літератури відносно структури, чинників виникнення, розповсюдженості, медичних та соціальних проблем, що виникають у хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки (ППВСК), приведені основні методики оперативного та консервативного лікування та реабілітаційні заходи цієї тяжкої категорії хворих. Визначено, що переломи проксимального відділу стегнової кістки є серйозною медико-соціальною проблемою як у світі так і на теренах нашої країни. Залишається невизначеним остаточно диференційований підхід, щодо методів оперативного лікування цієї категорії хворих, залежно від локалізації отриманого перелому, віку, стану хворого та ін. На теперішній час в Україні не розроблена загальна програма реабілітації хворих після ППВСК з залученням як медиків так і психологів та реабілітологів. Вирішення цих актуальних проблем дозволить покращити надання кваліфікованої медичної та соціальної допомоги цієї надзвичайно складної категорії хворих та є нагальною задачею яка стоїть перед науковцями та практичними ортопедами-травматологами нашої держави.

Ключові слова: переломи проксимального відділу стегна, аналіз джерел літератури, медичні і соціальні проблеми та шляхи її вирішення.

Проблема лікування хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки (ППВСК), що привертає пильну увагу сучасних травматологів, не втрапить своєї актуальності і в третьому тисячолітті. У структурі викликів машини швидкої допомоги до літніх і старих пацієнтів переважають звернення з приводу хронічних захворювань і побутових травм, серед яких основну роль відіграють переломи розглянутої локалізації, вони становлять 30-40% і навіть більше від усіх переломів у постраждалих геріатричного віку, які потребують стаціонарного лікування. Згідно статистичних досліджень, ППВСК становлять 17% у структурі травм опорно-рухового апарату. До них відносяться переломи шийки стегна (50-55%), вертельні переломи (35-40%) і підвертельні переломи (5-10%) [2, 19]. В структурі вертельних переломів і переломів шийки стегна переважають жінки (76% і більше), причому, в "жіночій" групі середній вік склав 71,6 років (переломи шийки) і 74 роки (вертельні переломи), а в "чоловічій" відповідно 59,9 і 64,8 років [23].

За даними ВООЗ цю травму щорічно отримують 1,7-2 млн. людей на земній кулі, що по праву можна назвати "епідемією" [32], причому сучасна медицина не володіє скільки-небудь надійними методами її профілактики. Більш того, дослідженнями прогнозується зрос-

тання частоти даних ушкоджень до шести мільйонів в 2050 році [4,5].

ППВСК та їх наслідки щорічно завдають величезної шкоди економіці будь-якої держави. У Великобританії щорічні витрати на лікування пацієнтів з ППВСК (включаючи медичну та соціальну допомогу становлять близько двох мільярдів фунтів стерлінгів, а в США - близько десяти мільярдів доларів [35, 38].

Мета огляду: провести аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з метою визначення медичних та соціальних проблем ведення та лікування хворих з ППВСК та шляхів їх вирішення на теренах України.

У більшості випадків, ППВСК пов'язані з наявністю остеопорозу. Системний остеопороз за даними ВООЗ, спостерігається у 96-100% міських жителів у віці 60-70 років і більше. Величезне не тільки медичне, але й соціальне значення ППВСК пов'язано з прогресуючим збільшенням чисельності літніх людей, на 20% за останні 10 років у більшості розвинених країн світу [14, 22].

Не менш важливий є і її соціальний аспект цієї проблеми. ППВСК протягом першого року після травми навіть при своєчасному і повноцінному оперативному лікуванні забирають життя приблизно чверті, а за деякими даними навіть третини постраждалих, що вказує

на важливість їх профілактики. Багато з них потребують постійного догляду до кінця своїх днів. До цього слід додати, що за статистикою різних країн від третини до половини цих хворих не мають чоловіка (дружини) і кожен третій-четвертий з них проживає самотійно. Таким чином, медико-соціальна реабілітація постраждалих похилого та старечого віку відрізняється труднощами не тільки досягнення їх загально клінічного одужання, але і повернення побутової незалежності [6]. З сказаного ясно, що розглянута проблема виходить за рамки лікування травми опорно-рухової системи, вторгаючись в інші галузі медицини, реабілітації, соціальної допомоги, економіки і т. п., і справжня міра успіху визначається тим, якою мірою хворий повернувся до преморбідного рівня функціонування [7]. Травма, отримана в літньому, а особливо в старечому віці, ставить організм в екстремальну ситуацію, і лікарям доводиться вирішувати комплекс завдань, головними серед них є збереження життя потерпілого, для чого необхідна його якнайшвидша мобілізація, максимально швидке усунення що виникли у зв'язку з отриманим ушкодженням анатомічних і функціональних порушень, причому це потрібно робити, не підвищуючи і без того великих матеріальних витрат [24]. Якщо ще врахувати обтяженість розглянутого контингенту хворих численними супутніми захворюваннями, то стають зрозумілими труднощі організації їх повноцінного лікування на всіх стадіях [34, 41]. У числі розроблювальних у цьому зв'язку варіантів можна назвати надання екстреної хірургічної допомоги з використанням металофіксаторів або ендопротезів, що дозволяють якомога раніше активізувати пацієнта і направити його на подальшу реабілітацію за місцем проживання або в гериатричному центрі [11].

Переломи проксимального відділу стегнової кістки з цілого ряду причин вимагають особливого підходу до лікування, оскільки травма у літнього пацієнта - це комплексна терапевтична, хірургічна, психологічна і соціальна проблема, вирішувати яку мають не тільки медики різних спеціальностей, але і реабілітологи, психологи, соціальні працівники [15, 18, 25, 34].

ППВСК переважно зустрічаються в осіб старшої вікової групи, що представляє певні труднощі у виборі методики лікування пацієнтів. Доведено, що протягом року після перелому смертність зростає на 15-20% і складає приблизно 9 смертей на 100 жінок у віці 70 років і старше [26, 31]. Збереження життя хворого, що отримав ППВСК, тим важче, чим старіший хворий і важчі супутні захворювання і фізична немічність. Найбільш часто зустрічаються супутні захворювання, які здатні звести всі хірургічні зусилля нанівець: серцево-судинні хвороби (33%), неврологічні розлади і зниження ментальної діяльності (23%), цукровий діабет (7%) [4].

До теперішнього часу багато питань діагностики і лікування цих ушкоджень знайшли належне відображення в дослідженнях вітчизняних і зарубіжних авторів. Однак результати лікування цієї патології все ще зали-

шаються скромними.

Таким чином, поширеність і соціально-економічний ефект даної патології без перебільшення відповідають поняттю епідемії. Метою лікування будь-якого перелому проксимального відділу стегна є шадне і ефективне відновлення мобільності пацієнта з мінімальними ускладненнями як загальносоматичного, так і місцевого характеру [16, 29, 32, 33, 40, 41, 46, 48].

Лікування хворих з переломами проксимального відділу стегна є серйозною проблемою. Тактика лікування хворих з переломами вертлюгової ділянки у травматології пройшла кілька етапів і зазнала певних змін. Раніше основним методом лікування був консервативний, який полягав у застосуванні постійного скелетного витягнення. Незважаючи на можливу консолідацію переломів вертлюгової ділянки при консервативному лікуванні, результати лікування не можуть вважатися задовільними. Багато пацієнтів якщо і переносять тривале скелетне витягнення, за час постільного режиму слабшають, розвивається м'язова гіпотрофія, контрактури суглобів, що у багатьох випадках призводить хворих до малорухливості [17].

Найважливішим завданням лікування є збереження життя потерпілого, що досягається виконанням в найкоротші терміни оперативного втручання. Рання активізація літніх і старих хворих з переломами шийки стегна, виключає розвиток ускладнень, які можуть стати причиною летального результату. Оперативне лікування дозволяє таким хворим не тільки уникнути гіпостатичних ускладнень, які неминучі при консервативному лікуванні, але і зменшити больовий синдром, а також у цілому поліпшити якість їх життя, повернути хворого в звичну для нього обстановку, до вихідного рівня рухової, соціальної та професійної активності. Подібна тактика лікування в ідеальному своєму варіанті зустрічається у великих центрах. У регіонах частіше застосовується консервативний підхід у лікуванні цієї категорії хворих. Значна група хворих взагалі не госпіталізуються, їх лікування здійснюється в амбулаторних умовах [13].

Аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить про те, що для лікування переломів та їх наслідків характерний розвиток як консервативних методів, так і подальше вдосконалення оперативних методик, інструментарію, устаткування для здійснення стабільно-функціонального остеосинтезу.

У світовій практиці давно визнано перевагу і велику ефективність оперативного методу лікування ППВСК перед консервативним [8, 10, 32]. Консервативне лікування вважається можливим тільки при незміщених переломах, або при наявності важкої супутньої патології, що виключає можливість хірургічного лікування [8]. За даними Branco і Felicissimo [30] смертність протягом першого року після травми при консервативному лікуванні досягає 50%. Основними принципами хірургічного лікування являються: максимально ранне

виконання втручання (1-3 доба); остеосинтез чи тотальне ендопротезування кульшового суглоба, що дозволяє негайну навантаження кінцівки масою тіла з мінімальною кількістю ускладнень; ранній початок реабілітаційних заходів [10, 32, 43, 50].

Але часом досить складно визначити час і обсяг хірургічного лікування (застосування проксимального стегнового стержня, пластини DHS, чи іншої конструкції), що має, безумовно, всі переваги для ранньої активізації пацієнта. Складно через особливості його загального стану, вибору методу фіксації або ендопротезування, а також раціонального лікування посттравматичної коагулопатії [16, 33, 36, 46]. Хірургічне втручання, яке показано більш ніж у 80% випадків, полягає у відкритій чи закритій репозиції кісткових фрагментів і їх фіксації різними конструкціями. Створення оптимальних умов для зрощення переломів можливо в тому випадку, якщо застосовані фіксатори, що забезпечують біомеханічну рівновагу в ділянці проксимального відділу стегнової кістки і враховані фактори ризику, якими є остеопороз і порушення кровопостачання головки стегнової кістки [8, 10]. Незважаючи на значні успіхи в лікуванні переломів цієї локалізації, частка невдач при хірургічному лікуванні нестабільних типів переломів, залишається високою, доходючи до 8-25%, а іноді і до 50% [38, 39, 49]. У більшості випадків, це обумовлено розвитком аваскулярного некрозу головки стегна (8-35%), незрощенням (7-33%), розвитком хибних суглобів (10-20%), вторинним зміщенням (до 10%). Отримані ускладнення як правило, ведуть до повторного оперативного втручання, у більшості випадків, до тотального ендопротезування кульшового суглоба [1, 5, 42, 44, 47].

Це вимагає застосування принципово нових диференційованих підходів до оперативного лікування хворих із ППВСК з використанням малотравматичних методів стабільної фіксації таких як проксимальний стегновий стержень та ?-цвях. Така методика дозволяє з перших днів розпочати активні рухи в суглобах та дозоване навантаження.

Вибір методу лікування ППВСК є одним з найважливіших, оскільки від цього залежить не тільки час зрощення перелому, але і відновлення функції кінцівки та поновлення працездатності потерпілого. Малоінвазивні методики стабільно-функціонального остеосинтезу (застосування PFNA, ?-цвях) запобігають атрофії м'язів, контрактурам суглобів, сприяють якнайшвидшій нормалізації кровопостачання пошкодженого сегменту, що за умови стабільності є вирішальними факторами у досягненні консолідації та відновленні функції кінцівки [1, 28, 37, 45]. На сьогодні, в розвинутих країнах світу при лікуванні переломів проксимального відділу стегнової кістки широко впроваджуються малоінвазивні, малотравматичні технології застосування проксимального стегнового стержня (Trochanteric gamma nail G 3-STRYKER, PFNA-SYNTHES, ChFN-ChM).

Ця методика оперативного лікування переломів довгих кісток застосовується у 60-70% хворих [1, 8] і дозволяє, на відміну від ендопротезування виконати органозберігаючі операції на травмованому кульшовому суглобі.

Лікування ППВСК є актуальною проблемою сучасної травматології. До останнього часу так і не вироблена певна тактика ведення даної групи хворих. Так, одні автори при лікуванні хворих з переломами шийки стегнової кістки віддають перевагу застосуванню різних варіантів ендопротезів, інші при пошкодженнях даної локалізації виконують остеосинтез. Навіть при переломах шийки стегнової кістки деякі автори вказують на необхідність обмеження показань до первинного ендопротезування та виконання його лише в тих випадках, коли остеосинтез не вдався [9, 20].

Первинне ендопротезування кульшового суглоба отримало свій розвиток внаслідок великої кількості незадовільних результатів первинного остеосинтезу. Віддалені результати тотального ендопротезування дозволяють оптимізувати розвиток цього методу лікування хворих у похилому і старечому віці з несприятливим для репаративного остеогенезу прогнозом і дефіцитом мінеральної щільності кісткової тканини. Позитивні результати протягом 3-5 років після операції досягають 89-95% [5, 21]. Проте залишається певний відсоток невдач у вигляді інфекції та нестабільності компонентів ендопротеза, що вимагають ревізійного ендопротезування. Кількість ранніх післяопераційних ускладнень у вигляді глибокого венозного тромбозу та легеневої емболії, розладів кишковика і сечового міхура залишається досить високим і виявляється в 45-70% випадків. ТЕЛА, яка закінчується летальними наслідками у пацієнтів після ендопротезування констатується в 2,4% випадків [12, 17].

У вітчизняній літературі знайдено невелику кількість джерел, де приділяється увага розробці клініко-діагностичного підходу до диференційованого застосування внутрішньої фіксації череззвертлюгових переломів [3]. Мало публікацій, які висвітлюють шляхи вирішення цієї проблеми. Однією із останніх стосовно дослідження цієї проблеми є робота, виконана в ДУ "ІТО НАМНУ" (кандидатська дисертація Юрійчука Л.М.) [27], де автор розширив показання до виконання тотального ендопротезування, зокрема при череззвертлюгових переломах у пацієнтів похилого та старечого віку.

Віддалені результати лікування хворих з ППВСК можуть бути оцінені як позитивні лише в тому випадку, якщо пацієнт залишився живий протягом 1 року після травми, не потребує сторонньої допомоги, і повернувся до колишнього рівня життєвої активності. Однак лише 25% оперованих хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки можуть похвалитися колишньою якістю життя. Інвалідність I-II-ої груп серед вперше оглянутих за наслідками цих переломів досягає 15%, причому осіб працездатного віку - 28% [2].

Реабілітація хворих після оперативного лікування передбачає повернення їх до колишнього рівня життєвої активності. Літні й старі люди повинні бути незалежними в повсякденному побуті і необтяжливими для своїх близьких. Люди працездатного віку повинні повернутися до своєї роботи і не бути обтяжливими для суспільства, яке в іншому випадку зобов'язане утримувати як інвалідів. Для вирішення цієї медико-соціальної проблеми необхідно визначити реабілітаційний потенціал хворого, який є показником сумарної оцінки загального стану, його анатомо-функціонального потенціалу та соціальної адаптації [15, 18, 24]. Не дивлячись на останні досягнення сучасної травматології та ортопедії, досить високим залишається відсоток незадовільних результатів лікування ППВСК. Величезні матеріальні витрати на лікування, тривала інвалідизація - ось тільки деякі аспекти з цілого комплексу проблем медико-соціальної реабілітації таких постраждалих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналізуючи дані літературних джерел треба відзначити, що ППВСК є серйозною медико-соціальною проблемою як у світі, так і на теренах нашої країни. Залишається остаточно невизначеним диференційований підхід щодо методів оперативного лікування цієї категорії хворих залежно від локалізації отриманого перелому, віку, стану хворого та ін.

2. На теперішній час в Україні не розроблена загальна програма реабілітації хворих після ППВСК з залученням як медиків так і психологів та реабілітологів.

Вирішення цих актуальних проблем дозволить у подальшому покращити надання кваліфікованої медичної та соціальної допомоги цієї надзвичайно складної категорії хворих та є нагальною задачею яка стоїть перед науковцями та практичними ортопедами-травматологами нашої держави.

Список літератури

1. Абдулхабиров М.А. Блокирующий итрамедуллярный остеосинтез /М.А. Абдулхабиров - Мат. междуна. конгресса "Травматология и ортопедия: современность и будущее". М., 2003, С.193-194.
2. Аналіз стану травматологічно-ортопедичної допомоги населенню України в 2006-2007 рр. Довідник /Г.В. Гайко, М.О. Корж, А.В. Калашніков., С.І. Герасименко, В.П. Полішко - К: Видавнича компанія "Воля", 2008. - 134с.
3. Ананко А.А Современная травматологическая тактика при проксимальных переломах бедренной кости (обзор немецкой литературы) / А.А. Ананко, А.Н. Бабко //Український медичний часопис. - 2007. - №1(57). - С.75-80.
4. Анкин Л.Н. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения /Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин. - М.: Книга-плюс. - 2002. - 480с.
5. Ахтямов И.Ф. Эндопротезирование в России /И. Ф. Ахтямов, Р.М. Тихолов. - Изд-во: Медицинская книга, 2009. - 258с.
6. Белозерцева А.Г. Культурология в социальной реабилитации. Приемы и методы работы практикующих психологов с инвалидами /А.Г. Белозерцева Новосибирск, 1999. - С.3-9.
7. Блохина С. И. Теоретические и философские проблемы медицинской реабилитации /С. И. Блохина, Л. Т. Баранская, И. О. Елькин //Проблема реабилитации в оториноларингологии. Самара. 2003. - С.40-42.
8. Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии /С.Г. Гиршин. - М: издательский дом "Азбука", 2004. - 543с.
9. Крижанівський Я.Й. Погляди на лікування переломів проксимального кінця стегнової кістки в аспекті засад доказової медицини /Я.Й. Крижанівський, О.В. Дріботун, Р.Р. Крижанівський //Вісник морської медицини. - 2006. - №3. - С.138-141.
10. Лазарев А.Ф. Новые подходы к лечению переломов проксимального отдела бедренной кости / А.Ф. Лазарев // Вестник травматологии и ортопедии. - 2004. - №1. - С.27-31.
11. Наедов А.А. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава /А.А. Наедов с соавт. - М: БИНОМ. - 2004. - 239с.
12. Николенко В.К. Эндопротезирование при ранениях, повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава. Руководство для врачей /В.К. Николенко. - М: "Медицина", 2009. - 356с.
13. Переломы проксимального отдела бедра у взрослых /Г. А. Шевалаев, В.П. Демин, Б.К. Волгаев, И.М. Ефремов //Альманах современной науки и образования. - 2009. - № 5(24). - С.181-182.
14. Поворознюк В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку (вибрані лекції, огляди, статті) /В.В. Поворознюк : у 4-х томах. Т.4. - 2014. - 672с.
15. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов /А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, О.С. Андреева и др. - М.: Медицина, 2005. - 456с.
16. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений. В кн.: Савельев В.С. Флебология: Руководство для врачей /В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко, Б.Р. Гельфанд. - М.: Медицина, 2001. - С. 390-408.
17. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава /В.М. Прохоренко. - Новосибирск: АНО "Клиника НИИТО", 2007. - 348с.
18. Пузин С.Н. Комплексные типовые программы реабилитации при основных инвалидизирующих состояниях и дефектах (травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата) /С.Н. Пузин, О.С. Андреева и др. - М.: Медицина, 2000. - 153с.
19. Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине (клинико-эпидемиологическое исследование) /Н.А. Корж, С.И. Герасименко, В.Г. Климовицкий и др. //Ортопедия, травматология и протезирование. - 2010. - №3. - С.5-14.
20. Результаты остеосинтеза шейки бедренной кости спонгиозными винтами /В.М. Вакуленко, А.В. Вакуленко, А.А. Неделько, В.А. Юдин // Вісник морської медицини. - 2006. - №3. - С.37-39.
21. Рибачук О.І. Тотальне ендпротезування кульшового суглоба протезом конструкції УкрНДІТО (методичні рекомендації) /О.І. Рибачук, Л.П. Кукуруза, В.П. Торчинський //Київ, 1999. - 20с.

22. Родионова С.С. Переломы шейки бедренной кости на фоне остеопороза: насыщенная травматолого-ортопедическая проблема /С.С. Родионова //Кремлев. мед. - 2001. - №5. - С.43-44.
23. Руководство по внутреннему остеосинтезу /М.Е. Мюллер, М. Альговер, Р. Шнайдер, Х. М. Вилленгер: Спрингер-Верлаг, 1996. - 750с.
24. Сергеев С.В. Возможности медицинской реабилитации инвалидов с последствиями переломов шейки бедренной кости /С.В. Сергеев // Мед-соц. эксперт. и реабил., 1998. - №1. - С. 19-23.
25. Склярченко Р.Т. Хирургические болезни. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: руководство для врачей /Р.Т. Склярченко. - СПб.: РГПУ им. А.Г. Герцена, 2013. - 595с.
26. Хирургия тазобедренного сустава / О.Ш. Буачидзе, Г.А. Оноприенко, В.П. Волошин, В.С. Зубиков. - М.: Медицина. - 2002. - 136с.
27. Юрійчук Л.М. Ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого та старечого віку з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки: автореферат... к. медичних наук, спец.: 14.01.21 - травматологія та ортопедія / Л. М. Юрійчук. - К. : ДУ АМН України " Ін-т травматології та ортопедії", 2009. - 24с.
28. A randomised comparison of AMBI, TGN and PFN for treatment of unstable trochanteric fractures /S. Papisimos, C.M. Koutsojannis, A. Panagopoulos, P. Megas, E. Lambiris // Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. - 2005. - Vol.125, №7. - P.462-468.
29. Bonnaire F. Trochanteric femoral fractures: anatomy, biomechanics and choice of implants / F. Bonnaire, T. Lein, P. Bula //Unfallchirurg. - 2011. - Vol.114, №. - P.6491-500.
30. Branco J.C. Epidemiology of hip fractures and its social and economic impact. A revision of severe osteoporosis current standard of care /Branco JC, Felicissimo P, Monteiro J. //Acta Reumatol. Port. - 2009 - Vol.34, №3. - P.475-85.
31. Cooley M. R. Hip Fracture Epidemiology and Risk Factors /M. R. Cooley, J. Kenneth, M.D. Koval //Techniques in Orthopaedics - 2004. - Vol.19, №3. - P.104-114.
32. Dittel K.K. The Double Dynamic Martin Screw (DMS) Adjustable Implant System for Proximal and Distal Femur Fractures /K.K. Dittel, M. Rapp (Eds.). - Steinkopff -Verlag, 2008. - 185p.
33. Eriksson B.I. Duration of prophylaxis against venous thromboembolism with fondaparinux after hip fracture surgery: a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind study /B.I. Eriksson, M.R. Lassen //Arch. Intern Med. - 2003. - Vol.163. - P.1337-1342.
34. Foot D.K. Demographics and cardiology /D.K. Foot, R.P. Lewis, A.T. Pearson // J. Am. Coll. Card. - 2000. - Vol.35. - P.1067-1081.
35. Hip Fracture Epidemiology and Risk Factors / R Michael, R. Cooley, J. Kenneth, M.D. Koval //Techniques in Orthopaedics. - 2004. - Vol.19, №3. - P.104-114.
36. Huo M. What's new in hip arthroplasty /M. Huo //J. Bone Joint Surgery. - 2002. - Vol.84A. - P.1894-1905.
37. Intramedullary nail versus extramedullary plate fixation for unstable intertrochanteric fractures: decision analysis /Y.K. Lee, C.Y. Chung, M.S. Park, K.M. Lee, K.H. Koo //Arch. Orthop. Trauma Surg., 2013. - Vol.133. - №7. - P.961-968.
38. Lindskog D.M. Unstable intertrochanteric hip fractures in the elderly. / D.M. Lindskog, M.R. Baumgaertner //J. Am. Acad. Orthop. Surg. - 2004. - Vol.12, №3. -P.179-190.
39. Outcome of short proximal femoral nail antirotation and dynamic hip screw for fixation of unstable trochanteric fractures. A randomized prospective comparative trial /B. Garg, K. Marimuthu, V. Kumar, R. Malhotra, P.P. Kotwal //Hip Int. - 2011. - Vol.21, №5. - P.531-536.
40. Prevention of venous thromboembolism. /W.H. Geerts, J.A. Heit, G.P. Clagett et al. //Ches. - 2001. - Vol.119. - P.132-175.
41. Principles of orthopaedic practice /R. Dee, L. Hurst, M.A. Gruber, S.A. Kottmeier. - New York: McGraw-Hill, 1997. - 1522p.
42. Prospective randomised controlled trial of an intramedullary nail versus dynamic hip screw and plate for intertrochanteric fractured femur /C.I. Adams, C.M. Robinson, C. Court-Brown, M.M. McQueen // Journal of Orthopaedic Trauma. - 2001. - Vol.15, №6. - P.394-400.
43. Prospective, comparative, randomized study of the sliding screw and Gamma nail in the treatment of pertrochanteric fractures //F. Marques Lopez, X. Pelfort Lopez, O. Garcia Casas, M. Ramirez Valencia, A. Leon Garcia Vao, J. Ballester Soleda //Revista de Ortopedia y Traumatologia. - 2002. - Vol.46, №6. - P.505-509.
44. Proximal fracture of the femur in elderly patients. The influence of surgical care and patient characteristics on postoperative mortality /F. Geiger, K. Schreiner, S. Schneider, R. Pauschert, M. Thomsen //Orthopade. - 2006. - Vol.35. - №6. - P.651-658.
45. Spencer R.F. Outcome of short proximal femoral nail antirotation and dynamic hip screw for fixation of unstable trochanteric fractures. A randomised prospective comparative trial /Spencer R.F. //Hip. Int. - 2011. - Vol.21, №5. - P.531-536.
46. Symptomatic pulmonary embolism and the risk of recurrent venous thromboembolism /S. Eichinger, A. Weltermann, E. Minar et al. //Arch. Intern Med. - 2004. - Vol.164. - P.92-96.
47. The trochanteric gamma nail versus the dynamic hip screw: a prospective randomised study. One year follow-up of 146 intertrochanteric fractures /O. Ovesen, M. Andersen, T. Poulsen, T. Nymark, S. Overgaard, N.D. Rock // Hip International. - 2006. - Vol.16, №4. - P.293-298.
48. Trochanteric femoral fractures /P. Dou?a, O. ?ech, M. Weissinger, V. D?upa //Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. - 2013 - Vol.80, №1. - P.15-26.
49. Unstable Intertrochanteric Femur Fractures: Is There a Consensus on Definition and Treatment in Germany /M. Knobe, G. Gradl, A. Ladenburger, I.S. Tarkin, H.C..Pape //Clin. Orthop. Relat. Res. - 2013. - Vol.471, №9. - P.2831-2840.
50. William M. New Implants for the Treatment of Intertrochanteric Femur Fractures /M. William, M.D. Ricci // Techniques in Orthopaedics - 2004. - Vol.19, №3. - P.143-152.

Малик В.Д.

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УКРАИНЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

Резюме. В работе проведен анализ источников отечественной и иностранной литературы относительно структуры факторов возникновения, распространенности, медицинских и социальных проблем, возникающих у больных с переломами

проксимального отдела бедренной кости (ППОБК), приведены основные методики оперативного и консервативного лечения и реабилитационные мероприятия этой тяжелой категории больных. Определено, что переломы проксимального отдела бедренной кости являются серьезной медико-социальной проблемой как в мире так и в нашей стране. Остается неопределенным окончательно дифференцированный подход, использования различных методов оперативного лечения этой категории больных в зависимости от локализации полученного перелома, возраста, состояния больного и др. В настоящее время в Украине не разработана общая программа реабилитации больных после ППОБК с привлечением как медиков так и психологов и реабилитологов. Решение этих актуальных проблем позволит улучшить оказание квалифицированной медицинской и социальной помощи этой чрезвычайно сложной категории больных и является насущной задачей стоящей перед учеными и практическими ортопедами-травматологами нашего государства.

Ключевые слова: переломы проксимального отдела бедра, анализ источников литературы, медицинские и социальные проблемы и пути ее решения.

Malik V.D.

FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR: MODERN MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM AND ITS SOLUTIONS IN UKRAINE (LITERATURE REVIEW)

Summary. The analysis of sources of domestic and foreign literature concerning the occurrence of factors structure, prevalence, health and social problems in patients with fractures of the proximal femur (FPF), are the main methods of surgical and conservative treatment and rehabilitation activities of the heavy patients. It was determined that the fractures of the proximal femur is a serious medical and social problem in the world and in our country. It remains uncertain completely differentiated approach, using different methods of surgical treatment of this category of patients, depending on the location of the resulting fracture, age and condition of the patient and others. At present, the overall rehabilitation program for patients has not been developed in Ukraine after FPF involving both physicians and psychologists and rehabilitators. Addressing these urgent challenges will improve the provision of qualified medical and social assistance to this category of patients is extremely complex and it is an urgent task facing scientists and practical traumatologist-orthopaedist of our state.

Key words: fractures of the proximal femur, literature sources analysis, health and social problems and ways to solve it.

Рецензент - д.мед.н Калашников О.В.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2016р.

Малик Віталій Данилович - к. мед. н., завідувач відділенням травматології Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського; +38(066)9197550; Kalashnikov26@ukr.net

© Позур Т.П.

УДК: 616.314.2:611.92

Позур Т.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОДОНТОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ І ПАРАМЕТРИ ЗУБНОЇ ДУГИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПІВ ОБЛИЧЧЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. При аналізі фахової літератури встановлено, що в практичній стоматології приватна конституція представляє собою характеристики черепа, які в обов'язковому порядку необхідно враховувати при проведенні лікування. В багатьох роботах доведено, що особливості структури обличчя впливають на зубощелепну систему. Також відмічені особливості зубних дуг та зубів, що визначають індивідуальність обличчя.

Ключові слова: одонтометрія, параметри зубної дуги, типи обличчя.

Естетичні фактори ортопедичного лікування багатогранні, але перш за все вони включають в себе поняття гармонії форми і функції. Гармонія форми означає співрозмірність, пропорційність окремих елементів обличчя і зубощелепної системи. Лікування спрямоване, як на відтворення ідеального образу обличчя людини, її зубощелепної системи, так і на відновлення індивідуального естетико-функціонального оптимума [1, 13].

Лицевий відділ черепа слід розглядати як конст-руктивну єдність, враховуючи етнічні, конституціональні і індивідуальні його особливості. Ряд авторів вважає тип обличчя надійним орієнтиром для визначення форми і величини зубної дуги, естетичних критеріїв для постановки штучних зубів [11].

Мета нашої роботи - провести аналіз сучасних наукових літературних джерел відносно особливостей одонтометричних показників та параметрів зубної дуги в залежності від типів обличчя.

У осіб із вузьким обличчям зубні дуги витягнуті в передньо-задньому і звужені в медіо-латеральному напрямках, із середнім обличчям - розміри зубних дуг збалансовані в передньо-задньому і медіо-латеральному напрямках. При брахіфації зубні дуги коротші в передньо-задньому і ширші в медіо-латеральному напрямках [2].

Т.С. Чижикова і співавт. [4] визначали залежність глибини зубної дуги верхньої щелепи від ширини обличчя між виличними точками. Результати дослідження 178 осіб із різним типом обличчя показали, що

при середньому типі лица відношення ширини зубної дуги до глибини верхньої щелепи становило $1,31 \pm 0,12$, при еврпрозопії - $1,5 \pm 0,11$, а при лептіпрозопії - $1,28 \pm 0,11$.

N. Anwar і M. Fida [20] у мешканців Пакистану, середній вік яких становив 21,5 років визначили, що у осіб із широким та вузьким обличчям відмічались широкі зубні дуги, а із середнім обличчям розміри дуг могли бути різними. Не встановлено істотних зв'язків між розмірами обличчя і формою зубних дуг.

Серед параметрів зубних дуг найбільш інформативним для визначення типу обличчя є ширина зубної дуги в ділянці молярів, яка збільшується в напрямку від лептопрозопії до еврпрозопії. Поздовжні розміри зубних дуг не проявляють достовірних відмінностей між групами з різним типом обличчя у обох статей [15].

Л.В. Музурова і співавт. [5] при дослідженні жінок віком від 21 до 51 років із різними типами обличчя визначили наступні варіації розмірів зубних дуг: ширина зубної дуги нижньої щелепи на рівні премоларів та молярів має найбільші середні значення у жінок мезопрозопів, а найменші - у гіперлептопрозопів (дуже вузьке обличчя); найбільші значення довжини зубної дуги властиві лептопрозопам, а найменші - гіперевропрозопам (дуже широке обличчя). Довжина переднього відрізка зубної дуги має максимальні значення у гіперевропрозопів і европрозопів, а мінімальна - у гіперлептопрозопів. У всіх групах, незалежно від форми обличчя, визначається опущення переднього відростка зубної дуги нижньої щелепи. Найбільший ступінь сплюснення властивий гіперлептопрозопам.

Т.Н. Божук та колегами [2] встановлено, що пропорції лицевого відділу черепа зберігаються у чоловіків та жінок із широким типом обличчя; у жінок із вузьким та середнім типом обличчя з більшою частотою зустрічається ортогнатичний прикус, а у жінок з широким типом обличчя - прямий прикус. У чоловіків незалежно від типу обличчя частіше зафіксовано ортогнатичний тип прикусу. У чоловіків із широким типом обличчя також у більшості відзначається прогенічний тип прикусу. Отримані висновки ще раз підтверджують доцільність урахування відповідності між формами фізіологічного прикусу і типами обличчя в клініко-діагностичному обстеженні хворих із патологією зубощелепної системи.

Результати ряду досліджень підтверджують існування позитивних кореляцій між обличчям та зубами. Ці закономірності слід враховувати при спробах змінити розмір зубної дуги при ортодонтичному лікуванні, а також при підборі розмірів зубних протезів, що вимагає досягнення оптимального функціонального балансу з черепно-лицьовими структурами [3, 8, 10, 13].

У чоловіків, що мають ортогнатичний прикус, сильні позитивні зв'язки визначаються між довжиною передніх відрізків зубних дуг верхньої і нижньої щелеп, шириною зубної дуги нижньої щелепи на рівні премоларів

та молярів із основними параметрами обличчя. Сильний зворотній зв'язок - між шириною зубної дуги нижньої щелепи на рівні премоларів та молярів із вистою нижньої губи [10].

A.R. Al-Khatib і співавт. [24] знайдені сильні кореляції між сагітальними, у меншій мірі з горизонтальними, вертикальними параметрами обличчя і розмірами верхньої й нижньої зубних дуг. Аналіз основних компонентів показав, що сагітальні розміри, висота обличчя, носа, губної щілини, біокулярної ширини були позитивно пов'язані із розмірами зубних дуг та мезіодистальними діаметрами коронок у чоловіків. У жінок лише сагітальні розміри обличчя мали достовірні зв'язки і розмірами зубів. Науковцями виявлені також кореляції розмірів зубів із розмірами зубних дуг, особливо з довжиною і периметрами останніх. Компонентним аналізом визначено взаємозв'язок між більшістю розмірів зубів та шириною зубних дуг між іклами, довжиною арки і довжиною її по периметру [42].

Т. І. Ізмайловою спільно з колегами [7] встановлено прямий кореляційний зв'язок між шириною обличчя і шириною зубної дуги.

C.M. Forster і співавт. [29] повідомлено, що у досліджуваних із довгим та вузьким обличчям спостерігаються менші поперечні розміри зубних дуг порівняно із власниками короткого і широкого обличчя. Як у чоловіків, так і у жінок спостерігалась тенденція до збільшення кута MP-SN при зменшенні ширини дуги.

Вивчення співвідношення між розмірами зубних дуг і обличчя можуть бути використані як показання до розширення зубної дуги верхньої щелепи, або для видалення окремих зубів при аномаліях щелепно-лицевої ділянки. Результати біометричних досліджень контрольовано-діагностичних моделей щелеп обстежених пацієнтів довели наявність певних кореляційних зв'язків між мезіо-дистальними розмірами зубів та шириною і довжиною обличчя. Так, підтверджені сильні кореляційні зв'язки між сумою 4-х різців верхньої щелепи з довжиною фронтальної ділянки верхньої і нижньої щелеп. Пряма кореляційна залежність відмічена між показниками суми 4-х верхніх різців та шириною обличчя в ділянці точок: Zy-Zy і Go-Go; між показниками ширини нижнього зубного ряду в ділянці іклів та шириною обличчя в ділянці вище названих краніометричних орієнтирів [4].

I.B. Орлова та співавт. [13] у осіб із зменшеною висотою гнатичної частини обличчя встановили, що ширина зубної дуги верхньої щелепи в ділянці перших молярів (за Поном) в середньому в 2,7 рази менше ширини обличчя, ширина зубної дуги верхньої щелепи в ділянці премоларів в 3,6 рази менше ширини обличчя між точками Zy-Zy.

C.B. Фіщев і співавт. [3] встановлено, що ширина зубної дуги верхньої щелепи в ділянці перших молярів в середньому в 2,7 рази менше ширини обличчя, ширина зубної дуги верхньої щелепи в ділянці премоларів