

ТРАВМАТИЗМ ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ В СТРУКТУРІ ЗАГАЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМУ, СПРЯМОВАНІ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВІ ЕПІФІЗАРНІ ТЕЧІЇ ЯК ШЛЯХ У ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Омельчук В.П., Омельчук І.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

В Україні 11-12% населення страждають на остеопороз, при цьому в 40% жінок 70-річного віку і в 50% у 75 років зустрічаються переломи кісток, пов'язані з остеопорозом [1]. Значна питома вага серед переломів припадає на проксимальний відділ стегна, при цьому медіальні переломи шийки стегнової кістки (МПШСК) є найбільш розповсюдженими та життєво небезпечними. Смертність протягом 1 року після травми при МПШСК у літніх людей досягає 25-30%. Навіть у країнах із високо розвиненим рівнем охорони здоров'я смертність серед таких пацієнтів досягає 12-22% [1]. Питання надання допомоги хворим з переломами проксимального відділу стегна на сьогоднішній день остаточно не вирішені, тому вивчення особливостей травматизму літніх людей є не тільки актуальною медичною, але й соціальною проблемою [2, 3].

Мета. Встановити, в порівняльному аспекті, особливості травматизму людей старшого віку в структурі загального травматизму дорослих міста та прилеглих регіонів області, частоту та характер типових життєво небезпечних травм – переломів шийки стегнової кістки, виз-

начити ефективність методики формування спрямованих внутрішньокісткових епіфізарних течій (СВЕТ) у поліпшенні результатів оперативного лікування, зниження рівня ускладнень та смертності.

Матеріал і методи За матеріалами травматологічного пункту, ургентних ортопедо-травматологічних відділів ОКЛ та МКЛ проаналізовано частоту та характер травм у осіб, старших 60 років, у порівняльному аспекті загального травматизму (без опіків). Загалом проаналізовано 8698 травм та їх наслідків за 2008-2009 рр., поділених помісячно на однотипні групи згідно віку, статі потерпілих, місця проживання, методів лікування, наслідків. Використані загальноклінічні, рентгенологічні, рентгенденситометричні, статистичні методи дослідження.

Результати та їх обговорення Загалом проаналізовано 8698 травм у дорослих людей, із них травми м'яких тканин склали 5633 (64,8%), переломи 2821 (32,4%), вивихи 244 (2,8%). Співвідношення м'якотканинні травми:переломи:вивихи (МТ:П:В) склали 1:0,5:0,04. Серед осіб працездатного віку травм було 7374, ідентичні показни-

ки відповідно складала: 5060 (68,6%), 2132 (28,9%), 182 (2,5%). Співвідношення МТ:П:В – 1:0,42:0,04. Тоді як у старшому віці з 1324 травм показники відповідно складала: 573 (43,3%), 689 (52,0%) та 62 (4,7%), $p < 0,05$. Співвідношення МТ:П:В – 1:1,20:0,11. Отже, в структурі травматизму старшого віку виявлена особливість: переломи на 8,7% переважають м'якотканинні травми, а переломи разом з вивихами на 13,4% менше, ніж у осіб працездатного віку, а питома вага переломів у старшому віці в 2,9 раз вища ($p < 0,05$). Тоді як у осіб працездатного віку спостерігалась традиційна тенденція: м'якотканинні травми переважали переломи на 39,7%, а переломи разом із вивихами – на 37,2% ($p < 0,05$). Встановлений факт насторожує та наголошує на необхідності й важливості профілактичних заходів, спрямованих на попередження зіткнення осіб старшого віку із травмонезбезпечними факторами. Рівень травматизму на 10 тис. мешканців міста непрацездатного віку серед обох статей складає 325,5 і дещо нижчий від загального травматизму дорослих (441,4), але на цьому тлі в жінок старшого віку він суттєво вищий, наближається до загального (427,4) й вдвічі переважає показник у чоловіків (208,0), $p < 0,05$. При цьому відзначено сильний кореляційний зв'язок ($r = 0,73$) із проявами остеопорозу, визначеними за індексом M. Singh, методами двохфотонної денситометрії та денситометрії стандартних зон, рентгенограмами з алюмінієвим сходинкоподібним клином-еталоном.

Важливим є встановлений факт, що в старшому віці серед переломів є значна кількість життєво небезпечних, а саме проксимального відділу стегна, які за рік, згідно даних ургентних відділень, складала 75-6,2% від усіх 1208 переломів. Жінок з переломами було 42 (56,0%), чоловіків – 33 (44,0%), $p < 0,05$. При цьому медіальні переломи шийки стегнової кістки (МПШСК) складала 44 (3,7%) від усіх переломів, із них у жінок 26 (61,9%), у чоловіків 18 (54,6%), $p < 0,05$. Вертлюгові переломи відповідно складала 16 (38,1%) та 15 (45,4%). Сезонної залежності МПШСК не виявлено, на відміну від переломів променевої кістки в типовому місці, які в осінньо-зимових (ІУ

та І) кварталах виникали в жінок у 36,3%, у чоловіків у 25,5%, а в ІІ та ІІІ кварталах відповідно в 20,2% та 18,0% ($p < 0,05$).

Проаналізовані результати ОС МПШСК трьома гвинтами, виконаного під спінальною анестезією в 412 хворих, із них напіввідкритою методикою із традиційним рентгенконтролем у 156 хворих (група І) та малоінвазивною методикою під рентгено-ЕОП контролем у 256 хворих (група ІІ). У 162 хворих з обох груп застосовано методику формування СВЕТ (патент UA №51168), шляхом гідродинамічної осередкової катетерної аспірації (ГОКА), що сприяло стимулюванню процесів рециркуляції та реваскуляризації в шийці та голівці стегнової кістки (ГСК) (реєстр галузевих нововведень №2/18/03, 2003 р., випуск 18–19). Отримані позитивні віддалені результати відповідно в групі І у 62,1% та в групі ІІ – в 87,2%.

Подальший, більш детальний аналіз результатів у межах кожної із груп засвідчив, що застосування методики СВЕТ дозволило знизити кількість незадовільних результатів у хворих групи І на 5,4% (незрощень на 1,5%, ішемічного остеонекрозу ГСК на 3,9%), порівняно з рештою групи І, де методика не застосовувалася ($p < 0,05$). У хворих групи ІІ, в яких застосовували методику СВЕТ, незадовільні результати відповідно знизилися на 10,2% (незрощення на 3,5%, ішемічний остеонекроз ГСК на 6,7%), порівняно з рештою групи ІІ ($p < 0,05$). Смертність за 1 рік у групах І та ІІ разом складала 3,1%, тоді як в окремій контрольній групі з 52 хворих, де застосовували консервативне лікування в домашніх умовах методом ранньої мобілізації, – 28,7%. Розроблено алгоритм лікування МПШСК, проаналізовані шляхи зниження рівня ускладнень та смертності. Вони наступні: 1) ранній, ургентно виконаний при свіжих переломах, малоінвазивний ОС 3-ма спонгіозними гвинтами під ЕОП-рентгенконтролем, при мінімальному об'ємі життєво необхідних обстежень та консультацій. При вимушеному відкладенні операції – декомпресійна пункція суглоба; 2) формування СВЕТ у голівці стегнової кістки, шляхом застосування методики ГОКА протягом 5-8 днів після операції; 3) ак-

тивне дообстеження, консультації суміжних спеціалістів та відповідне лікування в післяопераційному періоді; 4) загальноприйнята профілактика тромбоемболій, за показами – антибіотикопрофілактика та терапія; 5) мобілізація хворого на другий день після операції, ЛФК, масаж, хода на милицях через 3-7 днів, повне навантаження через 6 міс.; 6) побутово-соціальні заходи загального характеру профілактики падінь у старшому віці.

Така висока летальність пояснюється не стільки наявністю самого перелому, скільки стресом від знерухомилення, що порушує сформовані життєві стереотипи, призводить до подальшого прогресування хронічних захворювань з розвитком синдрому “обвальної декомпенсації”. Найчастіше хворі вмирають у перші місяці після травми внаслідок пневмонії, тромбоемболії або серцево-судинної недостатності, внутрішньолікарняної інфекції та інфекції при глибоких пролежнях, а також хворі з перенесеними інсультами, інфарктами, цукровим діабетом.

Висновки.

1. У структурі травматизму людей старшого віку питома вага переломів зростає

в 2,9 раз, при цьому МПШСК складають 3,7%.

2. Перевагу в лікуванні МПШСК слід надавати оперативному методу – ОС трьома гвинтами. Малоінвазивна методика ОС під рентген-ЕОП контролем виконується за 30-40 хв, суттєво покращує результати лікування, розширює покази до операції в ослаблених хворих із супутніми захворюваннями, знижує ризик ускладнень, смертності.

3. Методика формування СВЕТ, шляхом ГОКА в ГСК, на 10,2% зменшує негативні результати.

Література

1. Поворознюк В.В., Подрушніак Е.П., Орлова Е.В. *и др.* Остеопороз в Україні. Киев: Ин-т геронтологии АМН Украины, 1995. – 48 с.
2. Ролік А.В., Воронцов П.М., Шманько А.П. Лечение внутрисуставных переломов шейки бедренной кости и их последствий // XIII з'їзд ортопедів-травматологів України, 12-14 вересня 2001, Київ-Донецьк. – С.139-141.
3. Вакуленко В.М., Вакуленко А.В., Неделько А.А., Юдин В.А. Результаты остеосинтеза шейки бедренной кости спонгиозными винтами // Вісник морської медицини. – 2006. – № 3. – С.37-39.