

# МЕДИЧНА Й СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП З ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ Й ОСТЕОПОРОЗОМ. ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ. ПРОГНОЗУВАННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ

Пелипенко В.П., Пелипенко О.В., Соколка В.В., Дудник Т.А., Ковальов О.С.

*ВДНЗУ Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Загальновідомо, що в геріотравматології перелом шийки стегнової кістки є маніфестною ознакою остеопорозу, який, як правило, діагностується пізно, частіше є рентгенологічною знахідкою, тому й лікується незадовільно. Досвід показує, що переломи й остеопороз необхідно передбачити, а збільшення числа пошкоджень прогнозувати. Лікарі, які добре прогнозують та діагностують, краще лікують. Частота переломів шийки стегнової кістки в структурі травм займає 5-7%, у людей старших вікових груп – 20-25%. До 2050 року вона може досягнути збільшення майже в 4 рази в порівнянні з 1990 роком.

Мета. Провести аналіз досвіду оперативного лікування хворих (1546 осіб) літнього, старечого віку та довгожителів з переломами проксимального відділу стегнової кістки, в тому числі поєднаних з остеопорозом та супутніми захворюваннями.

У нашій клініці в окремі періоди року геріотравматологічні хворі складають 18-32%, а це вже не тільки медична, а й відповідальна соціальна проблема. Урбанізація населення, адинамія, гіпокінезія, соціальні негаразди, бідність, екологічні порушення призводять до виникнення та росту соматичних хвороб, порушують інволютивні процеси у організмі, призводять до збільшення числа переломів, ускладнюють життєві проблеми. У зв'язку із цим у цієї категорії пацієнтів відбувається «накопичення» хронічних захворювань, які виявлені у 89,5% оперованих нами пацієнтів.

В останні роки в травматології переважає тенденція раннього оператив-

ного лікування, й літній вік не вважається протипоказом до оперативного втручання. Цьому сприяють сучасні досягнення анестезіології, з розумною долею ризику, забезпечення підтримки життєдіяльності організму в перші післяопераційні дні. Зменшення часу операції, досконала техніка хірургів, забезпечення стабільного остеосинтезу, розроблені в клініці засоби догляду за хворими – одні з основних критеріїв, необхідних для медичної реабілітації. Виходячи із цього, в клініці чітко регламентовані 4 етапи (періоди) медичної реабілітації, кожний з яких має свої чітку мету та задачі:

1) підготовчий (2-5 днів) – спрямований на виявлення супутніх захворювань та корекцію порушених функцій внутрішніх органів. У цей період уважно вивчали показники гемодинаміки. Низький рівень ударного та хвилинного об'ємів крові, виявлений у хворих, яким виповнилося 75 років і більше, обумовлені частою наявністю в них хронічних захворювань легенів, таких як емфізема. Цим хворим перед операцією призначали бронхолітики, засоби, які підвищують скоротливість міокарду та обмінні процеси в ньому.

2) ранній післяопераційний період (до 5 днів) характеризувався нестійкістю компенсаторних механізмів системи кровообігу. Лікувальні засоби включали застосування гіпотензивних препаратів, бронхолітиків, спазмолітиків, кардіотоніків, анестетиків. Відпрацьована схема тромбоемболічної профілактики, запобігання гіпостатичним пневмоніям, пролежням.

3) відновний період (10-15 днів) полягає в широкому застосуванні розроблених у клініці спеціальних ортопедичних пристроїв для ранньої активізації хворих (спеціальна опорна спинка з головоотримачем та столиком для прийому їжі, функціональна приліжкова підставка для відновлення активної функції суглобів кінцівок).

Застосування побутових пристроїв дозволило успішно доглядати за 25 хворими після інсульту й 18 – із психозами. Жоден з них не помер, а догляд за ними був полегшений. Покращення якості життя забезпечує мобільність хворого, збільшує його рухову активність, можливість відновлення працездатності в першу чергу та самообслуговування.

Після біохімічного дослідження сироватки крові, проведення ультразвукової денситометрії активно займалися лікуванням остеопорозу. Для патогенетичної терапії, спрямованої на кісткове ремоделювання, застосовували препарати кальцію з активними метаболітами вітаміну D (Кальцемін Адванс та Сільвер, кальцій-D<sub>3</sub> Нікомед), бісфосфонати (Акласта), осеїнгідроксиапатити (Остеогенон). Побічних дій не відзначали.

Вирішальним завданням усього процесу лікування було навчання потерпілих навичок самообслуговування та повернення їх до звичного способу життя – це становило суть 4-го періоду соціальної реабілітації.

Існуючі методи лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки в людей старших вікових груп на сьогодні не задовольняють ні пацієнтів, ні ортопедів-травматологів. Консервативне лікування – це архаїзм, воно, як правило, не ефективне, летальність за нашими даними до 28% (в основному неоперабельні хворі), призводить до стійкої інвалідизації, особливо при поширеному остеопорозі. Автори успішно оперували хворих з ревматоїдним артритом, асептичним некрозом голівки стегнової кістки. Після піврічного антиревматичного лікування виконане тотальне двополюсне цементне ендопротезування.

**Висновки.** Методом вибору при переломах проксимального відділу стегнової кістки є оперативне лікування – мета-лоостеосинтез з великим асортиментом вітчизняних та зарубіжних конструкцій. При субкапітальних переломах з асептичним некрозом голівки стегнової кістки, виходячи з нашого досвіду та літературних даних, показане ендопротезування. Далеко не всім хворим через соціальні негаразди цей метод лікування доступний. Летальність при оперативному лікуванні зменшилась у 4,2 рази, термін стаціонарного лікування – в 2,2.

### Література

1. *Войтович О.В., Шубняков І.І., Аболін А.Б., Парфеев С.Г.* Екстрене оперативне лікування хворих літнього та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки // Травматологія і ортопедія Росії. – 1996. -№ 3. – С. 32-33.
2. *Корж Н.А., Герасименко С.И., Климовицкий В.Г. и др.* Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – №3. – С.26-35.
3. *Меньшикова Л.В.* Результаты лікування переломів стегнової кістки та їх медико-соціальні наслідки // Клінічна медицина. – 2002. – № 6. – С. 39-41.
4. *Родионова С.С., Макаров М.О., Колондаєв А.Ф., Гаврюшенко Н.С.* Значення мінеральної щільності і показників якості кісткової тканини в забезпеченні її міцності при остеопорозі // Вісник травматології та ортопедії. – 2001. – № 2. – С.76-80.
5. *Рожинська Л.Я., Дзеранова Л.К., Марова Є.І. та співав.* Застосування кальцію і вітаміну D3 для профілактики остеопорозу в жінок у післяклімактеричному періоді // Остеопороз і остеопатії. – 2001. -№ 1. – С. 29-33.
6. *Crespo R., Revilla M., Crespo E., Villa L., Rico H.* Complementary medical treatment for Colles fracture: a comparative, randomized, longitudinal study // Calcif. Tissue Int. – 1997. – 60. – P. 567-570.
7. *Melton L.J. III.* Epidemiology of fractures / In: Riggs B.L., Melton L.J. III eds. Osteoporosis: etiology, diagnosis, and management. – New York: Raven Press, 1988.
8. *Nishii Y.* Rationale for active vitamin D and analogs in the treatment of osteoporosis // J. Cell Biochem. – 2003. – Feb 1. – 88 (2). – P. 381-386.
9. Остеопороз: епідеміологія, клініка, діагностика, профілактика и лечение: Монографія / Под редакцией. Н.А. Коржа, В.В. Поворознюка, Н.В. Дедух, И.А. Зупанца. – Харьков.: Золотые страницы, 2002. – 648 с.
10. *Франке Ю., Рунге Г.* Остеопороз. – М.: Медицина, 1995. – 299 с.