

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА

ЦВЯХ Андрій Іванович

УДК: 617.582: 616 – 001.5 – 059

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВЕРТЛЮГОВИМИ
ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНА В ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

14.01.21 – травматологія та ортопедія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2004

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І.Пирогова МОЗ України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор ФІЩЕНКО Володимир Олександрович, Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри травматології, ортопедії та хірургії екстремальних умов

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор ШЕВЧУК Віктор Іванович, директор Українського НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України

доктор медичних наук РОЛІК Олексій Васильович, Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри травматології, ортопедії з курсом комбустіології ФПО

Провідна установа:

Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії, м. Донецьк

Захист дисертації відбудеться „.....” 2004 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І.Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул.Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова за адресою: 21018, м.Вінниця, вул.Пирогова, 56.

Автореферат розісланий „.....” 2004 р.

Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради, д.мед.н., доцент

Покидько М.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Переломи стегнової кістки у вертлюговій ділянці являють собою велику медичну і соціально-економічну проблему (Миронов С.П., Городниченко А.И, 1999). Згідно даних різних авторів, в США переломи проксимального відділу стегнової кістки сягають 98 випадків на 100 000 населення (Jensen G.F. et al., 1982; Lizaaur-Utrilla A. et al., 1987).

Латеральні переломи проксимального відділу стегнової кістки є важкою травмою, що зустрічаються переважно у осіб старечого та похилого віку і часто є причиною смерті таких пацієнтів від супутніх ускладнень. Летальність серед даної групи пацієнтів за даними різних авторів складає від 12% до 19% (Бакычаров Я.П., 1963; Миронов С.П. с соавт., 2002; Солод Э. с соавт., 2001).

Часто при лікуванні пацієнтів з вертлюговими переломами вибір раціональної тактики лікування є досить важким завданням. Це пов'язано з тим, що у переважній більшості хворих з вертлюговими переломами виявляється супутня соматична патологія, перебіг травматичної хвороби часто ускладнюється розвитком пролежнів, пневмонії, виникненням посттравматичної деменції та тромбоемболічних ускладнень (Burl J.V. et al, 2003; Hollingworth W. et al., 1993). Крім того, досить часто переломи проксимального відділу стегна виникають на фоні системного остеопорозу (Лукьянчиков В.С., Калинин А.П., 1997; Солод Э. с соавт., 2002; Ensrud K.E. et al., 2003; Kenny A.M. et al., 2003), наявність якого значно ускладнює і вибір методу лікування, і його результати.

Зважаючи на серйозні ускладнення, які виникають внаслідок тривалої іммобілізації пацієнтів з вертлюговими переломами, надзвичайно актуальним стає питання якнайшвидшої активізації таких хворих. Існуючі оперативні методи лікування, включаючи найсучасніші методики із застосуванням новітніх фіксаторів (Анкин Л.Н., Анкин Н.Л., 2002; Мюллер М.Е. с соавт., 1996; Миронов С.П., Городниченко А.И., 1999) не завжди можуть бути застосовані як з медичних, так і з економічних міркувань. Тому в таких випадках постає питання про застосування доступної, простої і разом з тим ефективною методики консервативного лікування

хворих з переломами вертлюгової ділянки стегна як альтернативі оперативному втручанню. На сьогоднішній день не розроблено диференційованої системи активної консервативної тактики ведення таких хворих. Існуюча методика “ранньої активізації” пацієнтів з переломами проксимального відділу стегнової кістки (Каплан А.В., 1977) не передбачає диференціації пацієнтів в залежності від їх функціональних можливостей до- та після травми і часто на практиці зводиться лише до застосування так званого “деротаційного чобітка” (Солод Э. с соавт., 2001). Крім того, в доступній літературі ми не знайшли чітко сформульованих підходів до застосування того чи іншого методу лікування в залежності від загального соматичного стану людини, а також від структурно-функціонального стану скелету.

Таким чином, оптимізація існуючих консервативних методик лікування черезвертлюгових переломів стегна у людей старших вікових груп, які забезпечували б ранню активізацію потерпілих та диференційований підхід до вибору тактики лікування пацієнтів з вертлюговими переломами стегна відноситься до актуальних і не до кінця вирішених проблем травматології та ортопедії. Саме це і послугувало приводом до проведення даного дослідження.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами і темами. Робота є фрагментом наукової теми кафедри травматології, ортопедії та хірургії екстремальних умов Вінницького національного медичного університету ім.М.І. Пирогова: “Епідеміологія остеопорозу у Вінницькій області і його зв’язок із захворюваннями опорно-рухового апарату” (номер держреєстрації теми 0197U003350).

Мета наукової роботи. Підвищення ефективності лікування пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки на основі застосування розробленої методики ранньої активізації та диференційованого підходу до лікування з урахуванням функціонального стану травмованих.

Завдання дослідження:

1. Вивчити стан мінеральної щільності кісткової тканини у хворих похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки (ВПСК).
2. Вивчити основні чинники, які впливають на результати лікування пацієнтів похилого та старечого віку з ВПСК.
3. Визначити можливість раннього опорного навантаження на травмовану кінцівку без попередньої репозиції та фіксації уламків.

4. Розробити тактику лікування пацієнтів з вертлюговими переломами стегна в залежності від віку, супутньої патології та функціонального стану травмованих.
5. Розробити консервативний метод швидкої активізації хворих з ВПСК, показання та протипоказання до його застосування.
6. Вивчити ефективність запропонованого методу в порівнянні з класичними консервативними та хірургічними методами лікування латеральних переломів проксимального відділу стегнової кістки.

Об'єкт дослідження. Вертлюгові переломи стегнової кістки

Предмет дослідження. Пацієнти з вертлюговими переломами стегнової кістки віком 65–85 років; стан кісткової тканини; анатомо-функціональні результати лікування.

Методи дослідження. Ортопедичне, рентгенологічне, лабораторне, денситометричний спосіб визначення стану кісткової тканини, статистична обробка отриманих результатів.

Наукова новизна результатів.

1. Доведено, що з віком у чоловіків прогресує локальна втрата кісткової маси в проксимальному відділі стегнової кістки, особливо виражена у пацієнтів з переломами даної анатомічної ділянки. В той час, як у жінок даної вікової групи з ВПСК переважає системна втрата кісткової маси.
2. Вперше проведений розподіл людей похилого та старечого віку з ВПСК на функціональні групи в залежності від виду і важкості соматичної патології, віку, функціональних можливостей до травми, що дозволяє диференційовано підходити до вибору тактики лікування.
3. Науково обґрунтовано доцільність раннього опорного навантаження на травмовану кінцівку без попередньої репозиції та фіксації уламків.
4. Розроблений спосіб лікування черезвертлюгових переломів стегна у хворих старечого та похилого віку (патент України ДП 45047 А) і вивчена його ефективність в порівнянні з існуючими методами лікування даного пошкодження.

Практичне значення роботи.

1. Запропоновано систему функціональної реабілітації хворих з вертлюговими переломами стегнової кістки, показання та протипоказання до її застосування.

2. Розроблено алгоритм вибору методу лікування пацієнтів з ВПСК в залежності від віку, супутньої патології та функціонального стану травмованого.
3. Застосування розробленої тактики лікування пацієнтів з вертлюговими переломами стегнової кістки дозволяє покращити ефективність лікування, зменшити кількість ускладнень та терміни стаціонарного лікування травмованих.

Впровадження в практику. Розроблені методи лікування вертлюгових переломів стегнової кістки та результати дослідження використовуються в практичній роботі травматологічних відділень МКЛ №1 та №3 м.Тернополя, ортопедичного відділення Тернопільської обласної клінічної комунальної лікарні, ортопедо-травматологічних відділень Рівненської обласної клінічної лікарні та Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, в Микулинецькій лікарні реабілітації, Заліщицькому обласному комунальному госпіталі інвалідів війни та реабілітованих, в травматологічних відділеннях №1 та №2 ТМО МКЛ №2 м.Вінниці.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проаналізована наукова література і патентна інформація з проблем вивчення стану кісткової тканини та лікування вертлюгових переломів стегнової кістки.

Сумісно з проф. В.О. Фіщенком, к.мед.н. І.С. Куляндою розроблено спосіб лікування черезвертлюгових переломів стегна у хворих старечого та похилого віку (ДП 45047 А). Автором запропоновано тести для визначення функціонального стану пацієнта, виконано оперативні втручання при вертлюгових переломах стегнової кістки. Особисто проведено аналіз клінічного матеріалу, виконано клінічні та інструментальні дослідження, вивчено віддалені результати лікування та здійснено їх статистичну обробку.

Автором забезпечено впровадження запропонованих методик в практику.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи були висвітлені на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 75-річчю кафедри травматології, ортопедії та комбустіології ХМАПО (Харків, 2001), XIII з'їзді травматологів-ортопедів України (Донецьк, 2001), науково-практичній конференції “Актуальні проблеми геріатричної ортопедії” (Тернопіль, 2002), V міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (Тернопіль, 2001) та на засіданні Тернопільського обласного наукового товариства травматологів-ортопедів (2002).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 5 наукових робіт. Із них 3 статті в наукових фахових виданнях, сертифікованих ВАК України; 1 – у матеріалах і тезах науково-практичних конференцій; отримано патент України на винахід “Спосіб лікування черезвертлюгових переломів стегна у хворих старечого та похилого віку” (ДП 45047 А).

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 124 сторінках машинописного тексту, ілюстрована 20 таблицями, 22 рисунками. Складається зі вступу, огляду літератури, розділу “Матеріал та методи дослідження”, 3 розділів власних досліджень, розділу “Аналіз та узагальнення результатів”, висновків. Список літератури включає 205 джерел (110 робіт вчених СНД і 95 робіт іноземних авторів).

Основний зміст дисертації

Матеріал та методи дослідження. Особисті клінічні спостереження базуються на аналізі лікування 163 хворих за період з 1993 по 1998 роки, які знаходились на лікуванні з приводу вертлюгових переломів стегнової кістки (ВПСК). Вік хворих становив від 64 до 90 років. Серед хворих переважали жінки 129 (79,1%), чоловіків було 34(20,9%). Більшість вертлюгових переломів стегнової кістки (96 випадків 58,9%) трапились внаслідок падіння на вулиці. В домашніх умовах травму отримали 67 (41,1%) пацієнтів, внаслідок падіння з висоти власного зросту. В клінічній практиці використовувалась класифікація запропонована М.Muller (1987 р.) за якою розрізняють наступні переломи вертлюгової ділянки стегна: група А1 (через вертлюгові прості переломи)- 42 (25,7%) хворих; група А2 (через вертлюгові багатоуламкові переломи)- 96 (58,9%) хворих; група А3 (міжвертлюгові переломи)- 25 (15,3%) хворих (табл.1).

Розподіл ВПСК в залежності від типу пошкодження

Тип	Кількість		Тип	Кількість		Тип	Кількість	
	Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%
A ₁	42	25,7	A ₂	96	58,9	A ₃	25	15,3
A _{1.1}	14	8,6	A _{2.1}	23	14,1	A _{3.1}	7	4,3
A _{1.2}	17	10,4	A _{2.2}	43	26,4	A _{3.2}	12	7,4
A _{1.3}	11	6,7	A _{2.3}	30	18,4	A _{3.3}	6	3,7

Звертала на себе увагу значна кількість супутньої соматичної патології, що була виявлена у хворих з вертлюговими переломами стегнової кістки (табл. 2). Захворювання серцево-судинної системи 134 (82,2%) хворих включали ішемічну хворобу серця, гострий інфаркт міокарду в анамнезі, аритмії, гіпертонічна хвороба другої-третьої степені. Практично у всіх хворих спостерігався атеросклероз великих судин. Найбільш поширеними хворобами легеневої системи 86 (52,8%) хворих були хронічні неспецифічні захворювання легень і впершу чергу хронічні бронхіти і бронхіальна астма. Серед психічних розладів 15 (9,2%) хворих найчастіше зустрічались стареча деменція (включаючи випадки психозів у стаціонарі), епілепсія, шизофренія, та пост травматична енцефалопатія. Об'єднанню цих захворювань в одну групу сприяло те, що всі вони пов'язані з розпадом особистості та зниженням інтелекту, що дозволяє підходити до них з однакових позицій при виборі методу лікування вертлюгових переломів стегнової кістки.

Супутня патологія не була виявлена лише у 12 (7,4%) пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки.

В комплексному лікуванні застосовувався функціональний метод, виконувалось однополюсне ендопротезування кульшового суглобу, а також проаналізовано результати застосування традиційних методів лікування: деротаційної пов'язки, скелетного витяжіння, металоостеосинтезу.

Частота супутньої патології у хворих похилого та старечого віку з ВПСК

Супутні захворювання	Кількість хворих	
	Абс.	%
Серцево-судинні	134	82,2
Легеневі	86	52,8
Ендокринні	29	17,8
Психічні	15	9,2
Наслідки ГПМК	11	6,7
Інші	13	8,0

Для оцінки ефективності застосованих методик лікування вивчалися віддалені анатомо-функціональні результати. Всім пацієнтам проводилось ортопедичне обстеження, виконувалась рентгенографія та сенситометричне дослідження проксимального відділу стегнової кістки, проводилось визначення фосфорно-кальцієвого гомеостазу сироватки крові.

При збиранні анамнезу деталізували скарги пацієнтів і особливу увагу звертали на визначення рівня фізичної активності безпосередньо перед травмою: уточнювали регулярність та тривалість самостійної ходьби, виконання домашніх обов'язків, здатність до самообслуговування на побутовому рівні. Сукупність отриманих даних дозволила нам розподілити пацієнтів за способом життя на "активних", "домашніх" та "пасивних".

До "активних" відносили тільки тих пацієнтів, які обходились у повсякденному житті без сторонньої допомоги та щоденно самостійно виходили з дому, прямим доказом чого було отримання травми такими хворими поза домівкою.

"Домашніми" вважались пацієнти, які повністю себе обслуговували в побуті, але з різних причин не виходили з дому або ж виходили із супроводжуючими – практично всі зазнали травми в домашніх умовах.

До "пасивних" відносились пацієнти, які потребували постійного домашнього догляду, а їх фізична активність визначалась лише фізіологічними потребами.

При об'єктивному обстеженні звертали увагу на наявність деформації стегнової кістки та її характер, наявність викривлень хребта, використання додаткової опори для ходьби, визначали величину вкорочення кінцівки та ступінь атрофії м'язів тканин.

Для оцінки посттравматичного функціонального рівня ми використовували два функціональних тести, що виконувалися в ліжку, оснащеному балканською рамою.

Тест №1. Пацієнту необхідно сісти в ліжку, підтягуючись на балканській рамі. Потім опустити ноги, поставити їх на підлогу та сидіти, спираючись долонями об ліжку. Тест перевірявся одразу ж після госпіталізації хворого в стаціонар. Він дозволяв оцінити силу рук хворого та його здатність керувати травмованою кінцівкою.

Тест №2. Хворому, що сидить в ліжку з опущеними ногами, необхідно самостійно лягти. Тест перевірявся після виконання тесту №1, але оскільки в даному випадку від хворого вимагалася певна координація зусиль – підтягування на рамі з одночасним підйомом травмованої кінцівки і заносом її на ліжку – він був більш складнішим, ніж попередній і більшість хворих потребувала певного часу для його освоєння.

Функціональний рівень пацієнтів, які були спроможні виконати тести одразу один за одним вважався високим, при поступовому освоєнні тестів протягом 48 годин функціональний рівень вважався середнім, а у пацієнтів, які не змогли виконати тести взагалі функціональний рівень оцінювався як низький.

Денситометричне дослідження кісткової тканини проводилось нами у 26 пацієнтів за допомогою двох фотонного рентгенівського денситометра фірми Lunar DPX-A. Вивчалась мінеральна щільність кісткової тканини в ділянці поперекового відділу хребта, шийці стегна, трикутнику Варда, трохантері.

Для визначення фосфорно-кальцієвого гомеостазу проводилось біохімічне дослідження сироватки крові. Рівень фосфору в сироватці крові визначали за Бріксом. Показники кальцію в сироватці крові встановлювали за реакцією з О-крезолфталейнкомплексом.

Для визначення вірогідності результатів дослідження виконували статистичну обробку даних. Цифрові показники були опрацьовані методами варіаційної статистики із застосуванням критерію Стьюдента.

Для проведення статистичного аналізу користувалися персональним комп'ютером, оснащеним пакетом програм "Statistika 5,0" та Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Головним завданням у лікуванні вертлюгових переломів стегна у осіб похилого та старечого віку є створення умов для консолідації перелому при паралельному збереженні достатнього рівня активності пацієнта. Вибір конкретного методу залежить від анатомічних та

біомеханічних особливостей в зоні перелому та соматичного стану пацієнта. При цьому не можна не враховувати рівень фізичної активності хворого до отримання травми, тобто функціональний компонент його соматичного статусу.

В структурі пацієнтів з вертлюговими переломами переважають особи старших вікових груп, що є загально визнаним основним фактором, який негативно впливає на кінцеві результати лікування. Погіршення результатів пов'язано з більш обтяженим соматичним статусом, властивим хворим старшого віку, і швидкою декомпенсацією супутніх захворювань на фоні супутньої перелому гіподинамії.

У пацієнтів старших вікових груп існує багато факторів розвитку і прогресування остеопорозу, що часто стає причиною виникнення у них остеопоротичних переломів.

Нами визначались чинники, які впливають на значні коливання остеодefіциту у обстежених хворих. Беручи до уваги відомі факти існування вікіндукованого остеопорозу (ОП) ми провели аналіз показників мінеральної щільності кісткової тканини залежно від віку пацієнтів. Аналіз отриманих даних з ділянки поперекового відділу хребта свідчив про чітку тенденцію поглиблення ОП за умов зростання віку обстежених. Так в групі пацієнтів старше 75 років показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) були на 21% нижчими, Т- показники – на 16% та в порівнянні з молодими дорослими на 44% вищими, ніж в когорті хворих, вік яких коливався від 65 до 70 років.

Встановлено односпрямовані тенденції до поглиблення остеопорозу у хворих сенильного віку. Але достовірні відмінності найбільш показові в трохантері стегна, де спостерігаються найглибші зміни кісткової тканини, які погіршуються з віком.

Отримано дані, які свідчать за достовірну різницю показників МЩКТ поперекового відділу хребта та шийки стегна у чоловіків і жінок. У жінок спостерігалася чітка тенденція до системного остеопорозу з найгіршими показниками саме в поперековому відділі хребта. Слід відзначити, що хворими, в яких констатований найбільший дефіцит кісткової тканини, були жінки похилого віку. У чоловіків на тлі збереження нормальних показників МЩКТ в поперековому відділі хребта (L1-L4) спостерігається ОП в стегні, особливо в ділянці Варда та трохантері.

Спостерігається суттєва різниця МЩКТ похилих людей з переломами, особливо в стегновій кістці, а саме в зоні трохантера та ділянки Варда, де різниця у жінок становить 32% і 39% відповідно, а у чоловіків 38% і 40% в порівнянні із аналогічними показниками здорових людей. Разом із тим необхідно зазначити, що в

ділянці поперекового відділу хребта (L1-L4) у чоловіків достовірної різниці МЩКТ не спостерігається, тоді, як у жінок прослідковуються значні відмінності між здоровими і жінками з переломами (різниця складає 33%).

Такий порівняльний аналіз свідчить про те, що у всіх хворих з переломами визначається остеопороз у зацікавлених зонах (трохантер), але у людей з нормальною масою тіла в інших ділянках (поперековий відділ хребта, шийка стегна) вірогідність виникнення остеопорочних переломів менша, ніж у пацієнтів із низьким індексом маси тіла, в яких діагностуються глибокі зміни кісткової маси у всіх зонах обстеження.

Отримані дані також засвідчили, що наявність цукрового діабету, деменції, наслідки ГПМК мали однозначний вплив на зростання темпів втрати кісткової тканини у когорті обстежених. Причому, достовірні різниці показника МЩКТ зберігаються за умов обстеження як в поперековому відділі хребта, так і в шийці, трохантері, ділянці Варда стегнової кістки. Слід також зауважити, що у хворих без супутньої хронічної патології спостерігаються високі значення МЩКТ поперекового відділу хребта на відміну від інших груп.

Аналіз результатів обстеження показав, що найвищі показники МЩКТ як в поперековому відділі хребта так і в стегні спостерігалися у хворих з високим рівнем функціональної активності. Так різниця отриманих даних становила в хребті 12% між високим та середнім рівнем та 35% між високим та низькими рівнями; в стегні 3% та 17% відповідно. Із наведених даних випливає, що у пацієнтів із погіршенням якості життя, на яке впливає стан функціональних порушень за умов наявності супутньої патології, спостерігається тенденція до системного остеопорозу з ураженням як хребта так і стегнової кістки.

Результати денситометричного обстеження пацієнтів похилого та старечного віку з вертлюговими переломами стегна в ділянках осьового скелету та стегнової кістки засвідчили, що у всіх обстежених переломи відбувалися на тлі остеопорозу стегна з низькими показниками МЩКТ в ділянках Варда та трохантера.

Таким чином, в дослідженні встановлений вплив зниженої маси тіла на показники МЩКТ, що проявляється в достовірній різниці даних між групами з нормальним та зниженим індексом маси тіла. Одночасно доведено, що за умов низького функціонального рівня активності пацієнтів глибина остеопорозу зростає, особливо у хворих із супутньою деменцією, наслідками ГПМК та цукровим діабетом. Анамнестичні дані з'ясували взаємозв'язки між ступенем остеодefіциту

та шкідливими звичками (паління), аліментарною недостатністю кальцію, кількістю пологів та наявності чи відсутності патологічної постменопаузи у жінок.

В переважній більшості випадків соматичній декомпенсації передують функціональні зміни, тому нами вивчено ті фактори, які, на наш погляд, впливають на вихідний функціональний рівень хворих, а, значить, і на результат лікування.

В контрольній групі серед пацієнтів віком 65-79 років у 36,6% функціональний рівень був високим. У віці більше 79 років було 78 хворих, але тільки у 6 із них (7,7%) мали високий функціональний рівень.

В основній групі серед пацієнтів віком 65-79 років високий функціональний рівень спостерігався у 43,1% осіб. У пацієнтів більш старшого віку тільки 15,6% мали цей функціональний рівень.

Найбільш суттєвим спостереженням є те, що високий функціональний рівень не мав місця у пацієнтів з деменцією та постінсультними периферичними парезами, що дозволяє зробити висновок про неминуче зниження функціонального рівня при даній патології.

Таким чином 49(11,5%) наших пацієнтів мали об'єктивні та незворотні соматичні зміни, які виключали можливість повноцінної реабілітації в процесі лікування вертлюгових переломів.

Високий функціональний рівень спостерігався у чоловіків у 2,3 рази частіше, ніж у жінок. Навпаки, низький функціональний рівень виявлено майже в 4 рази частіше у жінок. При цьому необхідно підкреслити, що деменція та постінсультні парези зустрічались у 12,7% чоловіків та в 11,3% жінок, тобто соматичні причини для зниження функціонального рівня зустрічались у чоловіків навіть дещо частіше, ніж у жінок. Таким чином, стає очевидним, що кращий функціональний рівень чоловіків зумовлений їх кращими фізичними кондиціями.

Практичне значення оцінки вихідного функціонального рівня на наш погляд полягає в наступному:

1. Пацієнти з вертлюговими переломами мають різний вихідний функціональний рівень.

2. Адекватна оцінка вихідного функціонального рівня у конкретного хворого дозволяє планувати індивідуальну, найбільш раціональну для даного пацієнта лікувальну тактику.

3. Максимальним завданням, яке необхідно ставити в лікуванні пацієнтів з ВПСК є досягнення пацієнтом вихідного функціонального рівня.

Оцінюючи посттравматичний функціональний рівень за допомогою запропонованих тестів, що виконувалися в ліжку, оснащеному балканською рамою, встановили наступне: 16 пацієнтів (9,4%) серед яких 6 чоловіків та 10 жінок виконали тести одразу та один за одним. Їхній посттравматичний функціональний рівень було оцінено нами як високий.

110 пацієнтів (67,9%), серед яких 21 чоловіків та 89 жінки освоїли тести поступово, протягом 48 годин. Їх посттравматичний функціональний рівень був оцінений як середній.

37 пацієнтів (22,8%), серед яких 7 чоловіків та 30 жінок не змогли освоїти тести №1 та №2. Їх посттравматичний функціональний рівень був оцінений як низький.

На основі отриманих результатів виконання функціональних тестів нами застосовано новий принцип розподілу хворих – за функціональними групами.

Функціональна група – в нашому розумінні – це об'єднання хворих з однаковим посттравматичним функціональним рівнем, незалежно від інших критеріїв (типу перелому, віку, статі та соматичного статусу).

Розподіл пацієнтів за посттравматичними функціональними групами має, на наш погляд, важливе клінічне обґрунтування. Наша позиція полягає в тому, що план і кінцева мета лікування конкретного хворого повинні бути тісно пов'язані з його реальними функціональними можливостями, від яких, основним чином, залежить рівень наступної функціональної реабілітації пацієнта. Тому важливим у лікуванні вертлюгових переломів у осіб похилого та старечого віку є підтримування їх функціонального стану на максимально високому рівні, що неможливо при ліжковому режимі.

Вищенаведене дало нам підстави назвати три найважливіших умови, дотримання яких, на нашу думку, обов'язкове у хворих похилого та старечого віку, які складають суть запропонованого нами функціонального методу лікування:

1. Активна поведінка пацієнта необхідна з першого дня перебування в стаціонарі.
2. Вибір лікувальної тактики у конкретного хворого залежить від його функціонального рівня.
3. Відновлення функціонального рівня пацієнтів має пріоритет над відновленням функції пошкодженої кінцівки.

Швидка активізація людей похилого віку має на меті два завдання: головне – збереження їх життя шляхом попередження гіподинамічних ускладнень, та друга -

соціальна адаптація пацієнтів. Першу мету можна вважати досягнутою у тих хворих, які освоїли самостійний підйом на ноги. Говорити ж про соціальну адаптацію можна тільки при умові досягнення хворим самообслуговування, тобто при його самостійній ходьбі (з допомогою милиць або кульки).

Для того, щоб оцінити ефективність ЛФК та певним чином прогнозувати кінцевий результат нами запропоновано періоди активізації.

Перший період – активізація в ліжку. Завдання – навчання пасивному управлінню зламаною ногою (тобто виконання тестів 1 та 2, доведене до автоматизму і підготовка до підйому, тобто адаптація зломаної ноги до часткового опорного навантаження. Період включає дві вправи. Вправа 1: сісти в ліжку; опустити ноги з опорою на підлогу; лягти в ліжку.

Вправа 2: сісти з опорою на підлогу обома ногами; опираючись руками об ліжку, відірвати таз на 2-3 см; переміститись вздовж ліжка на 5-10 см; сісти.

Вправи приносять тим більший ефект, чим частіше повторюються, але контролювати тривалість індивідуальних занять практично неможливо. Тому на практиці ми щоденно оцінювали швидкість виконання вправ як показник "старанності" хворого. За еталон брався час, який був потрібен найбільш витривалим пацієнтам.

Наші спостереження показали наступне.

Пацієнтки першої функціональної групи виконували послідовно перший та другий тест швидше, ніж за одну хвилину, тому, коли хворі групи 2 наближувались до цього показника, тобто витрачали 1-1.5 хв з щоденним скороченням цього інтервалу), то це можна було вважати доказом самостійних занять фізкультурою. Хворі групи 3 сідали та лягали тільки із сторонньою допомогою.

Вправа 2 оцінювалась інакше. Тут був важливий сам факт її виконання, тобто "проходження" довжини ліжка без зупинки, для чого необхідно було припіднятися 4-6 разів. Пацієнтам групи 3 освоєння цієї вправи не пропонувалось.

Тривалість першого періоду була неоднаковою в різних функціональних групах.

Хворі функціональної групи 1 переходили до другого періоду активізації одразу, функціональної групи 2 протягом 48 годин після початку ЛФК. Що стосується пацієнтів функціональної групи 3, то другий період активізації проводився тільки тим із них, хто міг самостійно сидіти не менше 2 хв.

Другий період - активізація біля ліжка. Завдання – самостійний підйом та утримування рівноваги стоячи. Період включає одну вправу. Вправа: встати в манежі, стояти до появи ознак втоми, потім плавно сісти.

Важливо, щоб пацієнт стояв в манежі з прямою спиною та випрямленими колінними та кульшовими суглобами обох ніг. Тому ми не застосовували милиці на цьому етапі активізації, оскільки підйом на них та втримування рівноваги вимагали значно більших зусиль від хворого, а значить постійна допомога методиста була обов'язковою, тобто не дотримувався основний принцип функціонального методу лікування – самостійність пацієнта. Підйом з ліжка розпочинали якомога скоріше.

Третій період – ходьба. Завдання - освоївши початкове пересування, добитись поступово такої якості самостійної ходьби, яка б дозволила повернутися до долікарняного способу життя. Порівняно з попереднім цей період має суттєві відмінності. Головне – відсутня необхідність форсувати навчання ходьбі, так як до цього часу безпосередньої загрози для життя пацієнта вже не має. Інша відмінність – період починається в стаціонарі, а продовжується після виписки, тобто контроль за пацієнтом практично втрачається. Таким чином тривалість періоду визначається консолідацією перелому і складає близько 2-3 місяців.

Основним вихідним пунктом нашої роботи був принцип недопустимості перебування на ліжковому режимі осіб похилого та старечого віку з вертлюговими переломами. Тому швидкий підйом на ноги, самостійно або з сторонньою допомогою, був для них життєвою необхідністю.

Виходячи із цього, нами сформульовано наступні покази для застосування функціонального методу.

1. Переломи в ділянці вертлюгів, незалежно від їх типу.
2. Середній посттравматичний функціональний рівень хворого.
3. Відмова від остеосинтезу хворого з високим посттравматичним функціональним рівнем.
4. Наявність соматичних протипоказів для остеосинтезу.

Вторинне зміщення уламків під дією раннього навантаження перелому вивчено нами у 110 пацієнтів 2 функціональної групи, що склало 67,5% від усіх хворих. Порівнювався шийково-діафізарний кут на рентгенограмах виконаних під час госпіталізації, через 2-3 дні після початку ходьби та при виписці. Раннє навантаження на перелом приводить у всіх випадках до зменшення шийково-діафізарного кута і, відповідно, до відносного вкорочення довжини кінцівки, яке пацієнти компенсують при ходьбі нахилом тазу в сторону перелому.

Застосування функціонального методу лікування хворим різного соматичного статусу та віку дозволило нам виявити та узагальнити фактори, які в принципі унеможливають активізацію хворих. На підставі цього ми визначили протипокази до застосування методу.

1. Низький посттравматичний функціональний рівень пацієнта.
2. Виражені явища сенільної деменції.

Оцінка віддалених результатів лікування проводилась з урахуванням клінічних, рентгенологічних даних та показників функціональних методів дослідження. Основним показником вважалась якість ходьби, тому він оцінювався за бальною шкалою. Оцінка "добре" виставлялась тоді, коли пацієнт повернувся до догоспітального способу життя. Оцінка "задовільно" виставлялась тоді, коли пацієнт став вести менш активний, ніж до травми спосіб життя, але зберіг здатність самообслуговування. "Незадовільно" – виставлялось у випадках, коли хворі, які могли пересуватися під час лікування в стаціонарі перестали ходити в домашніх умовах.

Простежено віддалені наслідки у 65 (87,8%) з 74 пацієнтів, у яких застосувалась запропонована методика функціонального лікування. В результаті аналізу отриманих даних встановлено, що у всіх випадках вертлюгових пошкоджень наступила консолідація перелому. При обстеженні на болі в спокої пацієнти не скаржились. Болі при ходьбі (в колінному суглобі або ж у всій кінцівці) відзначали 48(73,9%) пацієнтів, які в основному були старше 75 років. Інтенсивність їх була незначною й суттєвого негативного впливу на самопочуття не мала.

Із 24 пацієнтів, в яких було застосовано скелетний витяг, тільки у 11 (45,8%) вдалось витримати його протягом 6 тижнів, тому тільки в цих випадках можна говорити про повноцінне використання методу. Результати активізації 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, які лікувались витягом) досягнуто доброго найближчого результату 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 градусів. Таким чином, у 7 хворих (29,2%) досягнуто задовільного результату лікування. У 14 пацієнтів (58,3%) результат лікування незадовільний в зв'язку із розвитком різноманітних ускладнень.

У 8 хворих (33,3%) розвинулись ускладнення, які вимагали демонтажу витягу, тобто метод виявився неспроможним; при цьому, на нашу думку, в 6 пацієнтів (66,7%) ускладнення були зумовлені вимушеним положенням хворого в ліжку й пов'язаним з цим обмеженням його мобільності.

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

Деротаційну пов'язку використано у 26 хворих (29,9%) 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 в гострому періоді травми. Тривалість іммобілізації коливалась в 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 хворих (11,5%) могли пересуватися із сторонньою допомогою. Розрахунок на більшу фізичну активність хворих в 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 пацієнтів (65,4%). Порівняно з попередньою групою летальність зросла в 2 рази.

Загальним недоліком металоостеосинтезу є неможливість опорного навантаження на перелом до його консолідації, тому застосування відкритої репозиції доцільно лише у пацієнтів, здатних тривалий час ходити на милицях без опори на оперовану ногу.

В контрольній групі оперовано всього 16(47,1%) пацієнтів віком від 71 до 88 років, в тому числі 11 жінок та 5 чоловіків. Середній вік оперованих становив 72 роки.

Добрий результат – активізація без навантаження на перелом – констатований у 23 хворих (67,6%).

Задовільний результат – активізація з опорою на оперовану ногу – у 6 пацієнтів (17,6%).

Незадовільний результат, коли активізації досягти не вдалось, відзначений у 5 хворих (14,8%).

Післяопераційних нагноєнь і летальних випадків не було.

Таким чином, порівнюючи результати лікування ВПСК різними методами встановлено, що застосування раціональної лікувальної тактики у пацієнтів похилого та старечого віку, післятравматична гіподинамія у яких майже завжди зумовлює розвиток швидкої декомпенсації соматичного стану дозволяє досягти прийнятних функціональних результатів (рис.1).

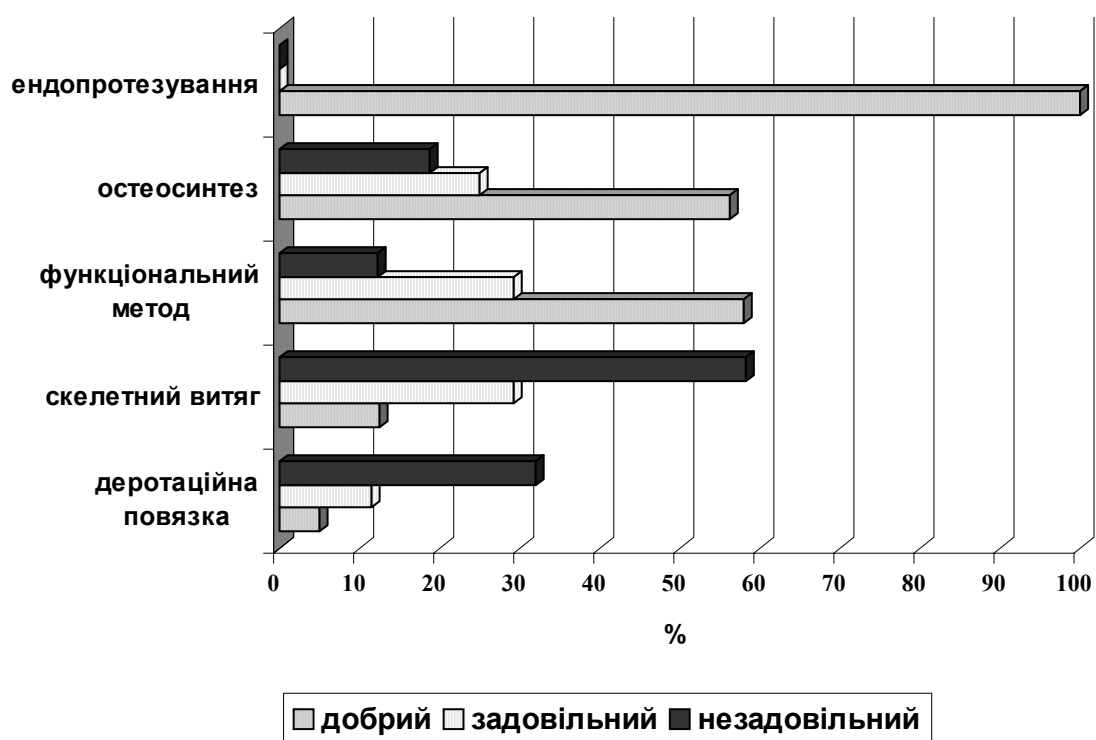


Рис. 1. Результати лікування хворих з ВПСК в залежності від застосованого методу.

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, в дослідній – 76 пацієнтів.

Середній ліжкодень. В контрольній групі середній ліжкодень склав 29,4 дні; при тому – у жінок 30,0, у чоловіків 24,3 дні.

В дослідній групі цей показник достовірно нижчий – 24,7 дні; відповідно, у жінок – 25,5 дні, у чоловіків – 20,1 дні.

Для більш наглядної характеристики функціонального методу лікування наводимо показники середнього ліжкодня у тієї групи пацієнтів, які лікувались тільки цим методом. Нагадаємо, що функціональним методом лікувалось 74 хворих,

із них 54 жінки (73,0%) і 20 чоловіків (27,0%). Середній ліжкодень склав 30,4 дні; у жінок – 31,8 дні, у чоловіків – 23,8 дні.

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 дозволило знизити кількість таких ускладнень більш як в 10 разів.

Загалом, в основній групі, де функціональним методом лікувалось 74 пацієнти, частка активізованих пацієнтів склала 87,3%, тоді як при застосуванні скелетного витягу їх частка становила 41,3%, а при лікуванні деротаційною пов'язкою – 11,5%. При цьому у 58,1% хворих функціональний результат оцінено як добрий. Порівняно з традиційними методами лікування, кількість добрих та задовільних функціональних результатів зросла відповідно в 2,1 та в 7,6 разів ($p < 0,05$).

Середній ліжкодень знизився на 4,7 дня. Кількість гіподинамічних ускладнень знизилась в 10,6 рази. Летальність знизилась в 6,2 рази.

Із простежених віддалених результатів зниження рівня функціональної активності відмічено в 18,7% пацієнтів, а 52,0% зберегли досягнутий в стаціонарі рівень самообслуговування.

Отже, проведені дослідження продемонстрували, що раціональне застосування методики ранньої активізації пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки з урахуванням функціонального стану травмованих дозволяє покращити кінцеві результати й зменшити кількість ускладнень, терміни перебування в стаціонарі та летальність серед цієї категорії потерпілих.

ВИСНОВКИ

Переломи стегнової кістки у вертлюговій ділянці є важкою травмою, що зустрічаються переважно у осіб старечого та похилого віку і часто є причиною смерті таких пацієнтів від супутніх ускладнень. В дисертації наведені засоби підвищення ефективності лікування пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки на основі застосування методики ранньої активізації та диференційованого підходу до оперативного лікування з урахуванням функціонального стану травмованих.

1. Згідно проведених досліджень, у хворих похилого та старого віку вертлюгові переломи стегна відбуваються на тлі остеопорозу, що констатований у 68,7% випадках в поперековому відділі хребта та у 98% - в стегновій кістці, де переважно уражаються зона Варда (73%) та трохантер (70%).
2. Покази до різних методів лікування у пацієнтів похилого та старечого віку встановлюються на основі оцінки функціонального рівня за результатами функціональних тестів. У пацієнтів з високим функціональним рівнем перевага надається оперативному лікуванню, а в пацієнтів з середнім та низьким функціональним рівнем виправданим є використання запропонованого методу функціонального лікування, який ґрунтується на швидкій активізації потерпілого.
3. Чинниками, що призводять до виникнення остеопоротичних переломів за результатами проведеного дослідження є вікообумовлена втрата кісткової маси в поєднанні із шкідливими звичками, аліментарною недостатністю кальцію, низькою масою тіла, зниженням функціональної активності пацієнтів на ґрунті супутньої патології, а також наявністю жіночої статі, особливо у випадках асоційованих з патологічною постменопаузою.
4. До визначальних чинників, від яких залежить функціональний результат лікування у хворих похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки, належать рівень фізичної активності пацієнтів до травми та важкість і характер супутньої соматичної патології.
5. Показами до застосування розробленого нами функціонального методу є переломи в ділянці вертлюгів, незалежно від їх типу; середній посттравматичний функціональний рівень хворого; відмова від остеосинтезу хворого з високим посттравматичним функціональним рівнем; наявність соматичних протипоказів для остеосинтезу. До протипоказів відносяться низький посттравматичний функціональний рівень пацієнта та виражені явища сенільної деменції.
6. Застосування розробленого нами способу лікування пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки дозволило досягти у 58,1% випадків добрих функціональних результатів. Загалом, порівняно з скелетним витягом та гіпсовою іммобілізацією деротаційною пов'язкою кількість добрих та задовільних функціональних результатів зросла відповідно в 2,1 та в 7,6 разів. Рання активізація пацієнтів дозволила знизити кількість ускладнень в 10,6 разів, а летальність знизилась в 6,2 раза ($p < 0,05$).

ПЕРЕЛІК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Фіщенко В.О., Цвях А. І., Макогончук А.В. Функціональний стан хворих у визначенні тактики лікування вертлюгових переломів стегна в похилому та старечому віці // Вісник морфології. -2001.- №1.- С. 145-147.

Особистий внесок дисертанта полягає у проведенні аналізу даних літератури та аналізів отриманих результатів.

2. Фіщенко В.О., Цвях А. І., Кулянда І.С. Принципи функціонального методу лікування вертлюгових переломів у хворих похилого та старечого віку // Вісник наукових досліджень. –2001.- №1.- С. 62-64.

Особистий внесок полягає у проведенні аналізу даних власних спостережень, оформленні статті та підготовці її до друку.

3. Фіщенко В.О., Цвях А. І., Галієнко А.Б., Мордюк В.В. Диференційний підхід до лікування черезвертлюгових переломів стегна // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2001.- №1. – С. 212-215.

Особистий внесок дисертанта полягає у проведенні аналізу даних літератури та аналізів отриманих результатів.

4. Фіщенко В.О., Цвях А. І., Кулянда І.С. Функціональне лікування вертлюгових переломів у хворих похилого та старечого віку // Збірник наукових праць XIII з'їзду ортопедів-травматологів України.- 2001.- С. 225.

Особистий внесок полягає у проведенні аналізу даних власних спостережень та підготовці статті до друку.

5. Спосіб лікування черезвертлюгових переломів стегна у хворих старечого та похилого віку: патент № 45047 А. Україна. МПК А61213/00 / В.О. Фіщенко, А.І. Цвях, І.С. Кулянда - № 2001042460; Заявлено 12.04.2001; Опубліковано 15.03.2002, Бюл. №3.

Особистий внесок полягає у проведенні дослідження, оформленні документів для подання до Інституту промислової власності.

АНОТАЦІЯ

Цвях А.І. Комплексне лікування хворих з вертлюговими переломами стегна в похилому та старечому віці. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.21. – травматологія та ортопедія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2004.

Дисертація присвячена питанням підвищення ефективності лікування пацієнтів похилого та старечого віку з вертлюговими переломами стегнової кістки на основі застосування методики ранньої активізації та диференційованого підходу до оперативного лікування з урахуванням функціонального стану травмованих. Дослідження базується на аналізі лікування 163 хворих з переломами вертлюгової ділянки стегнової кістки. Встановлено, що у хворих похилого та старечого віку вертлюгові переломи стегна відбуваються на тлі остеопорозу, що констатований у 68,7% випадках в поперековому відділі хребта та у 98% - в стегновій кістці, де переважно уражаються зона Варда (73%) та трохантер (70%). Розроблений спосіб лікування черезвертлюгових переломів стегна у хворих старечого та похилого віку. Запропоновано систему функціональної реабілітації хворих з вертлюговими переломами стегнової кістки та алгоритм вибору методу консервативного лікування таких пацієнтів залежно від віку, супутньої патології та функціонального стану травмованого. Вивчено ефективність запропонованого методу в порівнянні з класичними методами лікування латеральних переломів проксимального відділу стегнової кістки. Удосконалено консервативний метод швидкої активізації хворих і встановлено покази та протипоказидо його застосування. Застосування розробленої тактики лікування пацієнтів з вертлюговими переломами стегнової кістки дозволило покращити ефективність лікування, зменшити кількість ускладнень та терміни стаціонарного лікування травмованих.

Ключові слова: вертлюжні переломи стегнової кістки, функціональне лікування.

АННОТАЦІЯ

Цвях А.И. Комплексное лечение больных с вертельными переломами бедра в преклонном и старческом возрасте. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.21. – травматология и ортопедия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова МЗ Украины, Винница, 2004.

Диссертация посвящена вопросом повышение эффективности лечение пациентов преклонного и старческого возраста с вертельными переломами бедренной кости на основе применения методики ранней активизации и дифференцированного подхода к лечению с учетом функционального состояния

травмированных. Исследование базируется на анализе лечения 163 больных с переломами вертельной области бедренной кости.

Личные клинические наблюдения базируются на анализе лечения 163, которые находились на лечении по поводу вертельных переломов бедренной кости (ВПБК). Возраст больных составлял от 64 до 90 лет. Среди больных преобладали женщины - 129 (79,1%), мужчин было 34(20,9%).

В комплексном лечении применялся функциональный метод, выполнялось однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава, деротационная повязка, скелетное втяжение и остеометаллосинтез.

Установлено, что у больных преклонного и старческого возраста вертельные переломы бедра происходят на фоне остеопороза, который диагностирован в 68,7% случаев в поясничном отделе позвоночника и в 98% - в бедренной кости, где преимущественно поражались зона Варда (73%) и трохантер (70%).

Для оценки посттравматического функционального уровня мы использовали два разработанных нами функциональных теста, которые выполнялись в кровати, оснащенной балканской рамой.

Тест №1. Пациенту необходимо сесть в кровати, подтягиваясь на балканской раме. Потом опустить ноги, поставить их на пол и сидеть, опираясь ладонями о кровать. Тест проверялся сразу же после госпитализации больного в стационар. Он разрешал оценить силу рук больного и его способность руководить травмированной конечностью.

Тест №2. Больному, который сидит в кровати с опущенными ногами, необходимо самостоятельно лечь. Тест проверялся после выполнения теста №1.

Функциональный уровень пациентов, которые были способные выполнить тесты сразу один за другим считался высоким, при постепенном освоении тестов на протяжении 48 часов функциональный уровень считался средним, а у пациентов, которые не смогли выполнить тесты вообще функциональный уровень оценивался как низкий.

Основным исходным пунктом нашей работы был принцип недопустимости пребывания на постельном режиме лиц преклонного и старческого возраста с ВПБК. Поэтому быстрый подъем на ноги, самостоятельно или с посторонней помощью, был для них жизненной необходимостью.

Исходя из этого, нами сформулированы следующие показатели для применения функционального метода:

1. Переломы в участке вертелов, независимо от их типа.
2. Средний посттравматичный функциональный уровень больного.
3. Отказ от остеосинтеза больным с высоким посттравматичным функциональным уровнем.
4. Наличие соматических протипоказаний для остеосинтеза.

Применение функционального метода лечения больным разного соматического статуса и века разрешило нам выявить и обобщить факторы, которые в принципе делают невозможную активизацию больных. На основании этого мы определили противопоказания к применению метода, а именно:

1. Низкий посттравматичный функциональный уровень пациента.
2. Выраженные явления сенильной деменции.

Оценка отдаленных результатов лечения проводилась с учетом клинических, рентгенологических данных и показателей функциональных приемов. Основным показателем считалось качество ходьбы, поэтому он оценивался по балльной шкале. Изучены отдаленные результаты у 65 (87,8%) из 74 пациентов, у которых применялась предложенная нами методика функционального лечения. В результате анализа полученных данных установлено, что во всех случаях вертельных повреждений наступила консолидация перелома. При обследовании на боли в покое пациенты не жаловались. Боли при ходьбе (в коленном суставе или во всей конечности) отмечали 48 (73,9%) пациентов, которые в основном были старше 75 лет. Интенсивность их была незначительной и существенного отрицательного влияния на самочувствие не имела.

Для оценки эффективности функционального метода нами оценивались основные клинические и статистические показатели в сравнении с аналогичными в контрольной группе. В контрольной группе средний койко-день составил 29,4 дня; при том – у женщин 30,0, в мужчин 24,3 дня. В основной группе этот показатель достоверно ниже – 24,7 дня; соответственно, у женщин – 25,5 дня, у мужчин – 20,1 дня.

В контрольной группе во время лечения извлечением пневмония и пролежни наблюдались у 41,3% больных, а при применении деротационной повязки – у 41,6% пациентов. Таким образом, применение функционального метода разрешило снизить количество таких осложнений более чем в 10 раз.

Таким образом, в основной группе, где функциональным методом лечилось 74 пациента, доля активизированных пациентов составила 87,3%, тогда как при применении скелетного вытяжения их доля составляла 41,3%, а при лечении

деротационной повязкой – 11,5%. При этом у 58,1% больных функциональный результат оценен как хороший. Сравнительно с традиционными методами лечения, количество хороших и удовлетворительных функциональных результатов выросло соответственно в 2,1 и в 7,6 раз ($p < 0,05$). Средний койко-день снизился на 4,7 дня. Количество гиподинамических осложнений снизилась в 10,6 разы. Летальность снизилась в 6,2 разы. Из прослеженных отдаленных результатов снижение уровня функциональной активности отмечено в 18,7% пациентов, а 52,0% сохранили достигнутый в стационаре уровень самообслуживания. Таким образом, предложенный метод функционального лечения является эффективным альтернативным методом лечения больных с ВПБК в случае невозможности выполнения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: вертельные переломы бедренной кости, функциональное лечение.

SUMMARY

Tsviach A.I. Complex treatment of the hip fractures in elderly. - Manuscript.

Dissertation is aimed at candidate's degree of medical sciences on speciality 14.01.21 -Vinnitsa national medical university him. N.I. Pirogov of HM of Ukraine. - Vinnitsa, 2004.

The work is devoted to the improvement of the treatment efficiency of the patients with hip fractures. Investigation has based on the analysis of the treatment of 163 patients with hip fractures. To improve the efficiency of the treatment system of functional activity and the system of rehabilitation were carried out. The efficacy of the different methods of hip fractures treatment was evaluated. It was find out that our method of rehabilitation allow to reach good results in patients who could not be operated. Using of complex treatment of hip fractures allows to apply early rehabilitation and to improve the results of the treatment confirmed by worked up method of early mobilisation.

Key words: hip fracture, treatment.

Підписано до друку 20.04.2004 р. Замовл. № 1372 .

Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8. Друк офсетний.

Тираж 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, вул.Пирогова, 56.
