

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

*Істомін А.Г., Голка Г.Г., Суховецький В.В., Істомін Д. А., Олійник А.О.
Харківський національний медичний університет, Україна*

Вступ

Медична реабілітація хворих старших вікових груп з переломами проксимального відділу стегнової кістки залишається актуальною медико-соціальною проблемою [8, 9]. Різноманітність ушкоджень цього відділу стегнової кістки, тяжкість їх клінічного перебігу у постраждалих похилого та старечого віку зумовлена низькими репаративними здібностями та досить частою соматичною патологією, які створюють значні труднощі реабілітації таких хворих [6, 10]. Консервативні методи лікування (фіксаційний, екстензійний) в останній час мають обмежене застосування, оскільки у постраждалих похилого та старечого віку відмічається летальність від 15 до 30%, причиною якої є декомпенсація хронічних захворювань та утворення специфічних ускладнень, пов'язаних з тривалим перебуванням у ліжку та гіподинамією [5]. Закрита черезшкірна фіксація переломів вертлюгової ділянки стержневими апаратами вигідно відрізняється від традиційних методик занурювального остеосинтезу малотравматичністю, покращує результати реабілітації цієї категорії постраждалих, зменшує число ускладнень та летальність [1, 3, 7].

Мета дослідження – покращення результатів медичної реабілітації постраждалих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки.

Матеріал та методи

Під нашим спостереженням знаходились 156 хворих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки. За віком хворі були розділені наступним чином: від 61 до 70 років – 16 хворих, 71 – 80 років – 48 хворих, старше 80 років – 32 хворих.

Згідно застосованих методик лікування, хворі були розподілені на дві клінічні групи з рівним числом хворих у кожній з аналогічною соматичною патологією.

Хірургічне лікування хворих I клінічної групи (контрольної) здійснювалося шляхом остеосинтезу переломів вертлюгової ділянки стержневим апаратом з паралельним введенням стержнів (48 хворих). У II клінічній групі (основній) остеосинтез здійснювали стержневим апаратом з взаємоперпендикулярним введенням стержнів (48 хворих).

В процесі лікування хворих ми виділили три головні етапи.

I етап – обстеження та підготовка до оперативного лікування. За критерії визначення термінів оперативного втручання ми брали такі показники: загальний стан і вік хворого, характер супутньої соматичної патології та її прояви, тип перелому. Виходячи з цих показників, всі хворі були розподілені на три групи по термінам оперативних втручань.

1 група (перша доба) – хворі з декомпенсованими супутніми соматичними захворюваннями, у яких прогностично можна було передбачити подальше прогресування захворювань з розвитком синдрому “обвальної декомпенсації”. Також сюди ми віднесли пацієнтів з психічними розладами різної етіології. В групу ввійшли 9 хворих I клінічної групи та 12 – II групи.

2 група (2 – 4 доба) – хворі з субкомпенсованими супутніми соматичними захворюваннями. З них 35 хворих I клінічної групи, 34 – II групи.

3 група (5 – 10 доба) – хворі, які лікувалися методом постійного скелетного витягання, але внаслідок гіподинамічного стану у них настало загострення соматичних захворювань, респіраторні ускладнення, загроза утворення пролежнів тощо. Також в цю групу ввійшли пацієнти, які не бажали тривалий час знаходитись у ліжку на скелетному витягання. В групу ввійшли 4 та 2 хворих обох клінічних груп відповідно.

Основною задачею I-го етапу було всебічне обстеження хворих і закриті вправлення кісткових відламків, ступінь репозиції яких контролювали рентгенографічно, виконуючи знімки у двох стандартних проекціях. При необхідності проводили лікування супутньої соматичної патології.

II етап – остеосинтез стержневим апаратом. Переважна більшість оперативних втручань виконувались під місцевою анестезією в комбінації з короткочасною седацією, та лише в 5% хворих виникала потреба в короткочасному наркозі. З підвертлюгової ділянки через шийку в голівку стегнової кістки проводили дві маркеровані спиці-орієнтири і здійснювали контрольну рентгенографію кульшового суглобу в двох стандартних проекціях.

Орієнтуючись по спицях, через розтини шкіри вводили дистальний та проксимальний базові

стержні власної конструкції [2, 4]. Глибину та напрямок введення базових стержнів контролювали за допомогою рентгенографії, після чого видаляли спиці-орієнтири. Опорний стержень вводили у верхню третину діафізу стегнової кістки через обидва кортикальні шари після попереднього свердління та нарізки різьби. Тривалість оперативного втручання складала близько 15–20 хвилин, тоді як решту часу займало рентгенологічне обстеження.

III етап – відновне лікування. Головними задачами цього етапу ми вважали профілактику можливих ускладнень, пов'язаних з травмою та оперативним втручанням, лікування соматичної патології та профілактику її загострення, відновлення рухового режиму хворих.

Активізацію хворих починали на другий день після оперативного втручання: дозволяли виконувати повороти на здоровий бік, сидіти у ліжку зі звішеними на підлогу ногами. На третій день підіймали хворих у вертикальне положення, навчали ходити за допомогою милиць без навантаження оперованої кінцівки. Дозоване навантаження ушкодженої кінцівки починали з третього тижня після оперативного лікування, поступово збільшуючи його до повного в наступні 1–1,5 місяця.

Контрольні огляди пацієнтів здійснювали амбулаторно через 1–2 місяці після операції. За даними рентгенограм оцінювали ступінь репаративних процесів в зоні перелому, після чого давали рекомендації щодо подальшого рухового режиму.

Після повного демонтажу стержневого апарату пацієнтам рекомендували користуватися милицями, протягом 12–14 діб дозовано навантажувати кінцівку з поступовим переходом на повне навантаження.

Результати медичної реабілітації постраждалих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки в обох клінічних групах оцінювали у терміни від 8 до 12 місяців після демонтажу апаратів. Всього було проаналізовано результати лікування 91 хворого (45 – I клінічна група, 46 – II клінічна група). Результати лікування оцінювали за методикою І.Л.Шварцберга (1980) у модифікації О.Є. Короля (1990) та А.А.Дюсембаєва (1992), яка передбачає урахування в балах основних клініко-рентгенологічних ознак та ступеня соціальної адаптації постраждалих.

Результати досліджень

У післяопераційному періоді та в процесі подальшого лікування у хворих обох клінічних груп мали місце ускладнення, які були зумовлені як технічними особливостями остеосинтезу, так і вихідним соматичним станом пацієнтів. В цілому, в процесі лікування загальна кількість усклад-

нень у хворих I групи виявилася в 2 рази більшою, ніж у II групі ($P < 0,001$).

Результати оцінювали в залежності від одержаної кількості балів: “відмінний” – від 3 до 2,6 балів; “добрий” – від 2,5 до 2,0 балів; “задовільний” – від 1,9 до 1,5 балів; “незадовільний” – від 1,4 і менше.

Звертає на себе увагу досить значне число незадовільних результатів у хворих I клінічної групи – 4 (8,8%). У трьох випадках вони були зумовлені ранньою міграцією стержнів з наступною зміною метода лікування, що призвело до зміщення відламків за довжиною та під кутом. У одного хворого зрощення відламків не наступило, сформувався тугий хибний суглоб із вкороченням кінцівки до 4 см (табл.1).

В II клінічній групі незадовільні результати лікування відмічені у 2 хворих (4,3%). Вони були зумовлені зрощенням фрагментів у положенні варусної деформації та зміщенням їх за довжиною. Це були пацієнти найбільш соматично ускладнені, у яких репозиція відламків будь-яким методом була небезпечна. Сумарне вкорочення кінцівок склало 4 та 5 см відповідно, що призвело до часткового відновлення рухового режиму.

В кожній групі хворих були визначені основні статистичні характеристики – показники проведених післяопераційних ліжко-днів та терміни фіксації стержневими апаратами (для 5 хворих, які померли від гострого порушення мозкового та коронарного кровообігу ці показники не визначали) (табл. 2).

Незважаючи на відсутність статистично достовірних різниць, простежується тенденція до скорочення післяопераційних ліжко-днів і термінів фіксації у хворих II групи, що можна пояс-

Таблиця 1

Результати медичної реабілітації постраждалих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки

Результат	Клінічна група				P
	I		II		
	Абс.	%	Абс.	%	
Відмінний	14	31,0	18	39,4	>0,05
Добрий	16	35,8	21	45,6	>0,05
Задовільний	11	24,4	5	10,8	>0,05
Незадовільний	4	8,8	2	4,3	>0,05
Всього	45	100	46	100	>0,05
Позитивні	91,2%		95,7%		>0,05

Таблиця 2

Показники післяопераційних ліжко-днів та термінів фіксації при медичній реабілітації постраждалих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки

Показники	I група	II група	P
Післяопераційні ліжко-дні	8,29 ± 0,41	7,23 ± 0,3	<0,05
Терміни фіксації, дні	65,16 ± 1,04	63,61 ± 0,78	>0,05

нити більш надійним способом фіксації, ніж у хворих I групи. Але при розподілі хворих на дві альтернативні групи:

- а) з відмінним та добрим результатом;
- б) з задовільним і незадовільним результатом, виявилась достовірно значуща різниця ($P < 0,05$) між клінічними групами, яка виявлялась в більшій кількості відмінних та добрих результатів у хворих II групи (85%) в порівнянні з I групою (66,8%).

Висновки

Запропонована схема медичної реабілітації постраждалих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки, яка ґрунтується на розробленому способі остеосинтезу дозволяє розпочати активізацію хворих на 2 добу після оперативного втручання. Аналіз результатів реабілітації свідчить про досягнення мети дослідження, що підтверджують більший відсоток позитивних результатів та менша частота ускладнень, пов'язаних з розхитуванням стержнів, нестабільністю конструкції та гіподинамією хворих в основній групі спостережень.

Література

1. Анкин Л.Н. Минимально- и малоинвазивный остеосинтез в травматологии //Вісн. ортопедії, травматології та протезування.-2000.-№1.-С. 100-102.
2. Битчук Д.Д., Истомина А.Г., Хименко М.Ф., Суховецкий В.В. Математическое обоснование остеосинтеза переломов вертельной области стержневой конструкцией при лечении больных пожилого и старческого возраста //Український журнал телемедицини та телематики. – 2004. – Том 2, №1. – С. 64-70.
3. Гайко Г.В., Анкин Л.Н., Поляченко Ю.В. и др. Традиционный и малоинвазивный остеосинтез в травматологии //Ортопедия, травматология и протезирование.-2000.-№2.-С.73-76.
4. Гвинт для остеосинтезу і спосіб для остеосинтезу фрагментів кісток: Пат. 70620А Україна, МКИ А61В17/58 /Суховецкий В.В., Битчук Д.Д., Хименко М.Ф. – №20031211746; Заявл. 17.12.2003; Опубл. 15.10.2004; Бюл. №10.
5. Лоскутов О.Є., Дорогань С.Д., Бойко І.В. та ін. Медична реабілітація хворих та інвалідів з навколо- та внутрішньосуглобовими ушкодженнями ділянки кульшового суглоба //Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №4.-С. 21-23.
6. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / Под ред. Н.А. Коржа и др.–Харьков: «Золотые страницы», 2002.–646 с.
7. Хоменко Б.Ф., Лобанов Г.В., Оксимец В.М. и

др. Использование метода внешней фиксации стержневыми аппаратами в лечении поврежденной и заболеланной тазобедренной сустава //Мат. Респ. науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов Крыма. – Ялта, 1997. – С. 136-137.

8. Audige L., Hanson B., Swiontkowski M.F. Implant-related complications in the treatment of unstable intertrochanteric fractures: Meta-analysis of dynamic screw-plate versus dynamic screw-intramedullary nail devices //Int. Orthop.–2003.–Vol. 27, № 4.–P. 197–203.
9. Hannan E.L., Magaziner J., Wang J.J. et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture //JAMA.–2001.–Vol. 285, № 21.–P. 2736–2742.
10. Larsson S. Treatment of osteoporotic fractures //Scand. J. Surg.–2002. –Vol. 91, № 2.–P. 140–146.

Реферат

Проведено порівняльний аналіз реабілітації хворих похилого та старечого віку з переломами вертлюгової ділянки стегнової кістки після остеосинтезу стержневими апаратами одно- та двохплощинної фіксації. Стабільність системи «кістка – апарат» за умов двохплощинної фіксації дозволяє в найкоротші терміни активізувати хворих старших вікових груп з черезвертлюговими переломами стегнової кістки.

Ключові слова: реабілітація, стегновою кістка, черезвертлюгови переломи

Реферат

Проведен сравнительный анализ реабилитации больных пожилого и старческого возраста с переломами вертельной области бедренной кости после остеосинтеза стержневыми аппаратами одно- и двухплоскостной фиксации. Стабильность системы «кость-аппарат» в условиях двухплоскостной фиксации позволяет в кратчайшие сроки активизировать больных старших возрастных групп с чрезвертельными переломами бедренной кости.

Ключевые слова: реабилитация, бедренная кость, чрезвертельные переломи

Summary

It is carried out the comparative analysis of results of rehabilitation of patients of elder and old age with intertrochanteric fractures of femoral bone after osteosynthesis by rod apparatuses of one- and two flatness fixation. The stable state of system "bone – apparatus" in condition of two flatness fixation gives the possibility to make up the patients of olders age groups with intertrochanteric fractures of femoral bone more active in the shortest time.

Key words: rehabilitation, intertrochanteric fractures, elder and old age.