

ПЕРЕЛОМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ — АНАЛІЗ ДАНИХ НАЦІОНАЛЬНИХ РЕГІСТРІВ

I. М. Зазірний

Центр ортопедії, травматології та спортивної медицини
Клінічна лікарня “Феофанія” ДУС, Київ

Число літніх людей в сучасній популяції стрімко зростає — за даними Данського реєстру частота переломів стегна зростає за наступні 30 років удвічі. Згідно з цим же реєстром з 1950 по 2005 р. кількість переломів збільшилася з 2 до 10 на 1000 осіб.

У зв'язку з цим загальноприйнятною стає тактика “швидкого руху” — хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки (ПВСК) необхідно оперувати протягом перших 24 год (Eriksson M., 2012).

Відтермінування операції понад 48 год призводить до підвищення смертності на 30–40 % (Shida T., 2008).

Згідно з даними Шведського національного реєстру переломів ПВСК середній вік хворих склав понад 80 років, серед них жінок було понад 70 %, одинокими були 50 % хворих. Середній час очікування операції склав 24 год, середній термін перебування хворого в стаціонарі — 9,5 дня, середній термін відновлення до дотравматичного рівня — 50 днів.

Серед переломів 25 % склали череззвертлюгові, 40 % — переломи шийки зі зміщенням, 15 % — переломи шийки без зміщення. Остеосинтез гамма-цвяхом виконано у 10 %, ковзаючими гвинтами — у 40 %, двома гвинтами — у 20 %, донополюсне ендопротезування — у 25 % хворих, тотальне ендопротезування — у 5 %.

Якщо ж говорити про переломи саме шийки стегнової кістки, то остеосинтез двома гвинтами виконано у 25 % хворих, однополюсне ендопротезування — у 60 %, тотальне ендопротезування — у 15 %.

Вражаючими є результати лікування. Якщо до травми самостійно ходили 55 % травмованих, то після лікування — лише 35 %, не могли ходити до травми менше 5 % хворих, а після лікування їхня кількість зросла до 12 %.

За даними Норвезького реєстру переломів ПВСК із 13 250 хворих переломи шийки стегнової кістки виявлено в 7503 осіб.

За даними Австралійського реєстру переломів ПВСК металоостеосинтез виконано у 48,4 % хворих, тотальне ендопротезування — у 8,9 %, однополюсне ендопротезування — у 31,6 %. Середній час очікування операції склав 1,6 дня, перебування хворого в стаціонарі — 12,3 дня. 50 % хворих було прооперовано з 9.00 до 15.00, 25 % — із 17.00 до 24.00 і 4,7 % — із 0.00 до 9.00.

Аналіз реєстрів демонструє раціональний і економічно обґрунтований варіант лікування хворих. Тенденцією є швидке оперування хворого (в перші 24 год від госпіталізації) та короткотермінове його перебування в стаціонарі (до 10 днів).

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

А. М. Игнатьев, Т. А. Ермоленко, Т. Н. Ямилова, Т. Л. Прутиян

Одесский национальный медицинский университет

Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательной системы — одна из наиболее актуальных проблем современной медицины, что обусловлено их распространенностью и увеличением количества пациентов, теряющих трудоспособность.

Материалы и методы. Обследованы 268 женщин в возрасте от 51 года до 60 лет (средний возраст — $53,6 \pm 0,2$ года) в постменопаузальный (ПМ) период, работа которых связана с действием неблагоприятных производственных факторов. Контрольную группу составили 40 женщин (средний возраст — $54,3 \pm 0,3$ года), работа которых не связана с воздействием негативных факторов производственной среды. Установлено, что в повышенной чувствительности к хроническим повреждающим воздействиям и в резистентности к ним играют роль эндогенные факторы риска развития структурно-функциональных изменений костной ткани. Тщательный анализ факторов риска крайне