ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМОМ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ НА ФОНІ ТИРЕОТОКСИКОЗУ

Шимон В.М., Стойка В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра загальної хірургії (з курсами травматології, оперативної хірургії та судової медицини), Ужгород, Україна.

Вступ. Переломи вертлюгової ділянки становлять, за даними літератури, від 3 до 6 % усіх переломів кісток скелета та 28-37,5 % переломів стегнової кістки [14]. Досить велику частку становлять остеопоротичні переломи, особливо вертлюгової ділянки у хворих на тиреотоксикоз. За оцінками спеціалістів, до 2025 року кількість таких переломів на планеті збільшиться до 3,94 млн., а до 2050 року досягне 4,5-6,3 млн. на рік.

Переломи вертлюгової ділянки — це тяжка недуга, причиною якої частіше є зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), особливо у хворих із гіперфункцією щитовидної залози, на фоні якої відбуваються зміни метаболізму кісткової тканини. У таких випадках переломи вертлюгової ділянки можуть статися після низькоенергетичної травми. За умов консервативного лікування ці пацієнти залишаються прикутими до ліжка, що спричиняє високу смертність та рівень негативних результатів. Тому збільшується кількість прихильників серед лікарів хірургічного лікування, яке дає змогу ранньої активізації пацієнтів. Проте дотепер немає єдиної думки щодо показань і протипоказань до хірургічного лікування, підбору конструкції для остеосинтезу різних типів вертлюгових переломів, термінів активізації і навантаження на оперовану кінцівку у хворих на тиреотоксикоз.

Мета дослідження. Підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів із переломом вертлюгової ділянки стегнової кістки, які перебігають на фоні тиреотоксикозу, та вдосконалити методи реабілітації.

Матеріали та методи. Робота виконана на базі клініки ортопедії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. В основу клінічного дослідження покладено аналіз спостереження за 67 хворими віком від 48 до 79 років із переломами вертлюгової ділянки стегнової кістки, які сталися в період із 2013 по 2017 рр. До групи спостереження увійшло 47 хворих, які мали протягом життя захворювання щитовидної залози, що супроводжувались синдромом тиреотоксикозу. Серед них 7 пацієнтів проходили лікування з приводу тиреотоксичних аденом, 9 – колоїдного зобу з тиреотоксикозом, 31 – дифузного токсичного зобу. Комплексне обстеження хворих передбачало ендокринологічне, кардіологічне, офтальмологічне дослідження, огляд гінекологом та невропатологом.

Включення хворих у дослідження передбачало наявність переломів вертлюгової ділянки стегнової кістки 31-А за класифікацією AO/ASIF, при цьому переважали переломи 31-А2.

Хворих розподілили на дві групи спостереження та контрольну. До групи спостереження 1 віднесено 23 пацієнти з тиреотоксикозом, яким із першого дня стаціонарного лікування проводили інтервальне гіпоксичне тренування (ІГТ) газовою сумішшю з 12-14 % кисню загальною кількістю 7 сеансів. Для цього використовували індивідуальні гіпоксикатори, які працюють за принципом зворотного дихання.

Групу спостереження 2 склали 24 пацієнти з тиреотоксикозом, які не проходили сеанси ІГТ.

У контрольну групу включено 20 пацієнтів із переломами вертлюгової ділянки стегнової кістки без захворювань щитовидної залози, які не проходили сеанси ІГТ.

Нами розроблений алгоритм лікування хворих із переломом вертлюгової ділянки стегнової кістки на фоні тиреотоксикозу. До уваги приймались ступінь компенсації хронічних захворювань, ступінь остеопорозу та тип перелому за класифікацією AO\ASIF. На основі цих даних визначали режим назначення ІГТ, антиостеопоротичну терапію та вибирали тип фіксатора.

Результати досліджень та їх обговорення. У процесі порівняння хірургічних методів лікування травматичнішим виявився металоостеосинтез із використанням конструкції DHS. Виконання довгого розрізу до проксимального відділу стегнової кістки на етапі підготовки ложа для імплантатів та довший час оперативного втручання супроводжувалося більшою крововтратою, незважаючи на ретельний гемостаз. У середньому за час операції крововтрата становила 323 мл, ще 237 мл пацієнти втрачали в післяопераційному періоді по дренажах.

У випадку металоостеосинтезу з використанням конструкції PFNA крововтрата була достовірно меншою й становила 180 мл за час операції і 127 мл по дренажах у післяопераційному періоді.

Різниця рівня гемоглобіну до хірургічного втручання і через 3-4 дні після нього в разі використання конструкції DHS становила 21,7 г/л, PFNA була значуще меншою – 11,3 г/л.

У другій групі активізація на чотирьохопорній рамі починалась пізніше ніж в аналогічних хворих 1 та контрольної груп, і становила в середньому 4,1 дня, на противагу 3,4 дні в 1-ої групи та 2,6 дні в контрольної групи.

У першій групі частка пацієнтів, які повернулися до колишньої активності, збільшувалася впродовж усього періоду спостереження і через 1 рік після операції показник перевищив такий у хворих з другої та контрольної груп.

Висновки. Розроблений алгоритм вибору фіксувального пристрою для хірургічного лікування переломів вертлюгової ділянки стегнової кістки у хворих на тиреотоксикоз із урахуванням вираженості остеопоротичних змін за Singh і стадії компенсації соматичних захворювань. Встановлено, що використання малоінвазивних методик хірургічного втручання дало змогу зменшити кількість післяопераційних ускладнень від 22,7 до 3,8 %, а початок ранньої активізації хворих, зокрема й раннє навантаження на кінцівку, — з 4,1 дня до 3,4 .

На підставі аналізу віддалених результатів хірургічного лікування хворих із вертлюговими переломами стегнової кістки та тиреотоксикозом визначено хороші та відмінні результати в 74,5 % випадків, задовільні — в 19,1 %, незадовільні — в 6,4 %.