

# ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ГІПЕРТИРЕОЗОМ

Ковальчук П.Є., Тулюлюк С.В.

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

В даній роботі представлені результати аналізу оперативного лікування ПШСК у пацієнтів в умовах гіпертиреозу. Гормони щитовидної залози стимулюють як формування КТ, так і її резорбцію, не спостерігається результуючої втрати кістки при нетривалому перебігу хвороби. При тривалому перебігу захворювання гіпертиреоз часто супроводжується втратою трабекулярної і компактної КТ. Прискорений метаболізм КТ, що розвивається при тиреотоксикозі, характеризується збільшенням активності її резорбції по відношенню до формування, що в кінцевому результаті призводить до втрати кісткової маси.

**Мета.** Оприлюднити результати аналізу оперативного лікування ПШСК у пацієнтів в умовах гіпертиреозу.

**Матеріали та методи.** В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 28 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2012 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм був проведений остеосинтез шийки стегнової кістки. 28 (100%) пацієнтів з варифікованим у анамнезі гіпертиреозом та ймовірним вторинним остеопорозом. З метою діагностики вторинного остеопорозу, всім пацієнтам була проведена рентгенівська денситометрія (DEXA). На підставі даних денситометрії у 27 (96,4%) хворих мінеральна щільність кісткової тканини в шийці стегнової кістки і поперекових хребцях (L1-L4) відповідала остеопорозу, а у 1 (3,6%) - остеопенії. Нормальна пікова кісткова маса (Ткритерій) в одиницях стандартних відхилень (SD) у пацієнтів з остеопорозом була  $< -2,5$  SD, у пацієнтів з остеопенією в межах від  $-1$  до  $-2,5$  SD. Відповідно до класифікації Garden переломів I типу відзначено 3 (10,7%), II типу - 2 (7,1%), III типу - 16 (57,1%), IV типу - 7 (24,9%). Таким чином, більшість (82%) склали пацієнти з переломами III і IV типів, що супроводжуються розладами кровообігу в голівці стегнової кістки і які є прогностично несприятливими. Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома канюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 16 (57,1%) пацієнтів, динамічним стегновим гвинтом (DHS) - 5 (17,8%) пацієнтів; трьома неканюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 2 (7,1%); трилопатевим цвяхом з діафізарною накладкою – 4 (14,2%) і без діафізарної накладки – 1 (3,5%) пацієнт. У групах досліджуваних хворих 3 (10,7%) осіб були прооперовані в термін до 24 годин після отримання травми, 13 (46,4%) осіб прооперовані на 2-5 добу, 11 (39,2%) пацієнтам операція проведена на 6-12 добу і 1 (3,5%) хворим операція зроблена в термін більше 12 діб. Мінімальний час з моменту отримання травми до операції склало 21 годину, максимальне - 16 діб, середній ліжко-день до операції склав  $5,86 \pm 1,63$  дня.

**Результати дослідження.** Результати остеосинтезу в терміни від 1 до 1,5 років нами вивчені у 28 (100%) пацієнтів. Зрощення перелому без ускладнень відмічено у 16 (57,1%) оперованих хворих. У 12 прооперованих остеосинтез був проведений трьома спонгіозний канюльованими гвинтами - 75% від числа пацієнтів, у яких застосовувався даний фіксатор, при використанні DHS переломи зрослися у 2 осіб (40%), великими спонгіозний гвинтами - консолідація наступила у 2 (100%) пацієнтів. У пацієнтів, яким остеосинтез був зроблений трилопатевим цвяхом з діафізарною накладкою і без неї, зрощення не спостерігалось. Середні строки зрощення у пацієнтів до 50 років були  $24,6 \pm 1,8$  тижнів, у віці 51-60 років -  $25,3 \pm 1,8$  тижнів, 60-77 років -  $25,1 \pm 2,5$  тижнів. Ускладнення виявлено у 12 хворих (42,9%). Незрощення з остеолізом головки відзначені у 4 (25%) пацієнтів, з них у 1 остеосинтез був виконаний канюльованими гвинтами, у 2 - трилопатевим цвяхом з діафізарною накладкою, у 1 - трилопатевим цвяхом. Асептичні некрози з розвитком

важкого посттравматичного артрозу - у 4 (14,2%) пацієнтів, з них у 3 пацієнтів остеосинтез був виконаний DHS, а у 1 (67,5%) - канюльованими гвинтами.

**Висновки.** Основною причиною ПШСК у хворих з тиреопатіями є вторинний остеопороз. Без адекватної медикаментозної терапії остеопорозу він може погіршити результати хірургічного лікування та сповільнювати терміни консолідації.

## **PECULIARITIES OF TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES IN PATIENT IN A HYPERTHYROIDISM**

**P. Ye. Kovalchuk, S. V. Tulyulyuk**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

This paper presents an analysis of surgical treatment of femoral neck fracture in patients in a hyperthyroidism.