

УДК 616.718.4-001.5-06:616.1/6-053.9

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.96422

## АНАЛІЗ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

© А. В. Кальченко, В. О. Бабалян, О. М. Хвисяк, Т. С. Гурбанова, Д. В. Черепов,  
С. М. Мазняков

*Найчастіше переломи проксимального відділу стегнової кістки зустрічаються в осіб похилого віку, які вже мають супутні захворювання. Проаналізовано 568 історії хвороб пацієнтів з переломами ПВСК. Супутня патологія виявлена в 378 хворих (66,5 %), в 72,7 % діагностовано ішемічна хвороба серця. Оперативне лікування застосоване лише в 29,57 % хворих. Вибір тактики лікування залежить від супутньої патології*

**Ключові слова:** проксимальний відділ стегна, методи лікування, перелом, похилий вік, супутні захворювання

### 1. Вступ

Через постаріння населення планети відмічається збільшення кількості переломів кісток у людей похилого та старечого віку. За прогнозами фонду ООН по народонаселенню UNFPA, чисельність старших за 60 років людей у 2025 році становитиме 15 % населення планети (більше 600 млн.), а у 2050 році – 2 млрд. осіб [1]. Стрімкими темпами збільшується вікова група людей старших 80 років, щорічно зростаючи на 4,2 % [2].

Особливе місце серед переломів кісток нижніх кінцівок займають переломи проксимального відділу стегнової кістки (ПВСК), що становить 17 % від усіх травм опорно-рухового апарату. У 1990 р., за даними ВООЗ, у світі зареєстровано більше 1,3 млн. переломів ПВСК, кількість яких з часом буде збільшуватися: в 2025 р. може зрости вдвічі, а в 2050 р. – втричі [3]. У структурі переломів ПВСК вертлюгові та через вертлюгові переломи складають 35–40 % та 5–10 %, відповідно [4, 5].

Основний контингент хворих з переломами ПВСК – це особи похилого та літнього віку. У 95 % випадків переломи ПВСК є травмами «низької енергії», спричиненої, у більшості випадків падінням з висоти власного тіла [6, 7]. Відомо, що низькоенергетичні переломи нерідко пов'язані з супутніми захворюваннями, порушенням ходи, дефіцитом статевих гормонів, недоїданням [8].

Важливим аспектом при лікуванні переломів ПВСК є наявність у більшості пацієнтів супутніх захворювань різного ступеня тяжкості, частота яких сягає 60–100 %, включаючи серцево-судинні (90 %) та бронхолегеневі (20–26 %) захворювання. При цьому більшість хворих мають два та більше супутні захворювання [9, 10], які можуть загостритися у зв'язку з травматичними пошкодженнями і стресом, підвищуючи ризик при оперативному лікуванні та збільшуючи летальність [11].

Тяжкість стану хворих, включаючи вибір тактики лікування, перебіг післяопераційного періоду, тривалість перебування хворого в стаціонарі, багато в чому залежить від супутніх захворювань.

### 2. Обґрунтування дослідження

Взаємозв'язок віку, супутніх захворювань обумовлюють та ускладнюють лікувально-діагностичний процес, впливаючи на прогноз лікування, підвищуючи ймовірність летального результату. Доведено, що з віком погіршується перебіг супутніх захворювань, зростає ризик ускладнень, що суттєво впливає на вибір методу оперативного лікування переломів ПВСК [12]. Встановлено наявність супутньої патології у пацієнтів із переломом шийки стегнової кістки на тлі остеопорозу, яким проводили ендпротезування кульшових суглобів [9]. Внаслідок травматичного пошкодження та стресу супутні захворювання можуть загостритися, що істотно підвищує ризики ускладнень, особливо при оперативному лікуванні [13, 14]. Через високу летальність переломи ПВСК вважають найбільш прогностично несприятливими [15]. Аналіз структури супутньої патології у осіб старечого віку з переломами ПВСК дозволить виробити алгоритм з прийняття рішення з визначення оптимального методу лікування, що сприятиме підвищенню ефективності лікування та мінімізації несприятливих наслідків.

### 3. Мета дослідження

Вивчити структуру супутньої патології у хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки та оцінити вплив супутньої патології на вибір тактики лікування.

### 4. Матеріали і методи

Проаналізовано історії хвороби пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у травматологічному відділенні Харківської міської клінічної багатопрофільної лікарні № 17 з приводу переломів проксимального відділу стегнової кістки у 2008–2014 рр.

Всього у дослідження було включено 568 хворих, з них 205 (36,09 %) пацієнтів чоловічої та 363 (63,91 %) жіночої статі. У групу дослідження відібрано хворих похилого та старечого віку від 62 до 97 років (похилий вік, за класифікацією ВООЗ, скла-

дає 60–75 роки, старечий – 75–90), середній вік хворих – 79,2±9,1 (табл. 1).

значення (M) і стандартного відхилення середнього значення (SD).

Таблиця 1  
Розподіл хворих залежно від віку та статі

Вік	Всього			
	Чоловіки		Жінки	
62–97	абс., (n)	%	абс., (n)	%
		205	36,09	363

У більшості випадків, зі слів самих потерпілих або родичів, які їх супроводжували, переломи отримані у закритому приміщенні («впала/впав вдома») становили «травми низької енергії», спричинені падінням з висоти власного тіла. Основна частина хворих (73,76 %) доставлено швидкою невідкладною допомогою, 5,1 % – планова госпіталізація. Час з моменту травми до госпіталізації у клініку склав від 30 хв. до 4 тижнів.

У ході дослідження з метою визначення локалізації переломів стегнової кістки у роботі використовували Універсальну класифікацію переломів довгих кінцівок, розроблену Асоціацією з вивчення внутрішньої фіксації (AO/ASIF) [16] (табл. 2).

Таблиця 2  
Розподіл хворих з вертлюговими переломами (за класифікацією AO/ASIF)

Тип перелому за АО	Всього	Чоловіки	Жінки	Вік
31А	278	97	181	32–93
31В	217	87	130	36–97

Також використовували класифікацію E. Evans [17] для визначення стабільності вертлюгових переломів (табл. 3).

Таблиця 3  
Розподіл хворих з вертлюговими переломами (за класифікацією E. Evans) за статтю та віком

Тип перелому за E. Evans	Чоловіки			Жінки		
	абс., (n)	%	Середній вік	абс., (n)	%	Середній вік
I тип	7	33,3	66	14	66,7	75
II тип	38	31,7	67	82	68,3	76
III тип	35	37,6	65	58	62,4	78
IV тип	13	37,1	63	22	62,2	75,5
V тип	5	45,5	62,2	6	54,5	72

Всім хворим виконано рентгенографію органів грудної клітки, рентген-знімок тазу та рентген ураженого кульшового суглоба, ЕКГ, клінічні аналізи крові та сечі, аналіз крові на глюкозу. Кожен хворий пройшов огляд терапевта, консультацію суміжних спеціалістів та додаткові дослідження (за необхідності).

Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою програми Microsoft Office Excel 2003 з використанням методу середніх величин. Одержані дані представлено у вигляді середнього

## 5. Результати дослідження

При аналізі механізму травми встановлено, що основна маса пацієнтів мала низько енергетичні травми (падіння на бік з висоти власного росту). За локалізацією перелому: ліва кінцівка – 287 пацієнтів (50,5 %), права – 281 пацієнт (49,5 %).

Супутню патологію виявлено у 378 хворих (66,5 %), з них особи чоловічої статі – 136 (36 %), особи жіночої статі – 243 (64 %).

Ішемічна хвороба серця виявлена в 275 пацієнтів (72,7 %), з них чоловіків – 94 (34,2 %), жінок – 181 (65,8 %).

Гіпертонічну хворобу діагностовано в 180 хворих (47,6 %), з них чоловіків – 62 (34 %), жінки – 118 (66 %).

Цукровий діабет – 41 пацієнт (10,8 %): чоловіки – 12 (29,1 %), жінки – 29 (70,9 %).

Захворювання органів шлунково-кишкового тракту (гастрити, виразкова хвороба) – 23 випадки (6,1 %): особи чоловічої статі – 6 (26 %), жіночої – 17 (74 %).

Захворювання сечовидільної системи – 41 випадок: 12 (29,3 %) – чоловіків, 29 (70,7 %) – жінок.

Анемія виявлена в 11 пацієнтів (2,9 %): 3 чоловіків (27 %), 8 жінок (73 %) (табл. 4).

## 6. Обговорення результатів дослідження

Провівши аналіз результатів дослідження встановлено структуру супутньої патології у пацієнтів похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки (табл. 4).

Таблиця 4  
Супутні захворювання у потерпілих

Супутні захворювання	Всього N=568		Чоловіки n=205		Жінки n=363	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ішемічна хвороба серця	275	48,4	94	34,18	181	65,82
Гіпертонічна хвороба	180	31,7	62	34,44	118	65,56
Цукровий діабет	41	7,2	12	29,26	29	70,74
Захворювання органів ШКТ	23	4,1	6	26,09	17	73,91
Захворювання сечовидільної системи	38	6,7	11	28,95	27	71,05
Анемія	11	1,9	3	27,27	8	72,73

При аналізі даних одна супутня патологія виявлена у 201 хворого (35,4 %), дві супутні хвороби – у 224 хворих (39,4 %), три та більше виявлено у 143 пацієнтів (25,2 %).

Світова практика довела ефективність оперативного методу лікування переломів проксимального відділу стегна перед консервативним. Незважаючи

на це, наш досвід свідчить, що на практиці частіше використовують консервативний метод лікування.

Таблиця 5

Розподіл хворих залежно від тактики лікування

Тактика лікування	Кількість хворих	Тактика лікування	Кількість хворих
<i>Оперативне лікування</i>	168 (29,57 %)	<i>Консервативне лікування</i>	400 (70,42 %)
Остеосинтез	118	скелетне витяжіння	48
Ендопротезування	50	функціональний метод (деротаційний «чобіток»)	352
Тотальне ендопротезування	27		
Однополосне ендопротезування	23		

Кількість ліжко-днів у середньому склала 17 днів (від 1 до 84 днів).

У постраждалих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки супутні соматичні захворювання у посттравматичному періоді можуть активізуватися і зумовити ускладнення як у найближчому після операції часі, так і у віддаленому періоді після травми, незалежно від того, було чи не було проведено оперативне втручання. Соціальна незахищеність переважної більшості пацієнтів часто відіграє негативну роль тому що не дозволяє використовувати необхідне повноцінне реабілітаційне лікування, яке в більшості випадків досить матеріально витратне.

Таким чином, вік пацієнтів та їх соматичний статус впливають на вибір тактики лікування хворих похилого та старечого віку з переломом проксималь-

ного відділу стегнової кістки, вимагаючи крім стандартних методів дослідження (ЕГК, рентгенографія, клінічні аналізи крові та сечі), додати такі методи як ФГДС, УЗД органів черевної порожнини, УЗД судин нижньої кінцівки, денситометрію та обов'язкову консультацію кардіолога.

## 7. Висновки

1. Особи похилого та старечого віку в 66,5 % мають супутню патологію, з них 40 % мають дві супутні патології, 34 % мають одну патологію та 22 % – три та більше супутніх захворювань.

2. Переломи проксимального відділу стегнової кістки в осіб похилого та старечого віку найчастіше поєднуються з захворюванням серцево-судинної системи, тому таким хворим вкрай необхідна консультація кардіолога.

3. Хворі похилого та старечого віку потребують детального обстеження. Обстеження, виконане не в повному обсязі, не дозволяє об'єктивно оцінити соматичний стан хворого.

4. Порушення соматичного статусу в пацієнтів з переломи проксимального відділу стегнової кістки ускладнює вибір тактики лікування.

5. У 70 % хворих застосовуються скелетне витяжіння та функціональний метод (деротаційний «чобіток»). Консервативний метод показаний, коли за показаннями хворому не можна виконати операцію. Великий недолік цього методу полягає у тривалому періоді реабілітації, що не завжди сприяє відновленню функції постраждалої кінцівки. Тому, можна стверджувати, що застосування консервативного методу, є вимушеною мірою. Розробка алгоритму з визначення методу лікування пацієнтів похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки на підставі оцінки їх соматичного статусу є перспективним напрямком травматології.

## Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік [Текст] / ред. О. Квіташвілі. – К., 2015. – 460 с.
2. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года [Текст]. – Доклад второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения. – Нью-Йорк: ООН, 2002. – С. 8.
3. Гиршин, С. Г. Клинические лекции по неотложной травматологии [Текст]: монография / С. Г. Гиршин. – М.: Азбука, 2004. – 543 с.
4. Гайко, Г. В. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2009–2010 рр. [Текст]: довідник / Г. В. Гайко, С. С. Страфун, А. В. Калашніков, В. П. Полішко. – К.: Воля, 2011. – 220 с.
5. Корж, Н. А. Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине (клинико-эпидемиологическое исследование) [Текст] / Н. А. Корж, С. И. Герасименко, В. Г. Климовицкий, А. Е. Лоскутов, К. К. Романенко, А. С. Герасименко, Е. Н. Коломиец // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – № 3. – С. 5–14.
6. Dhanwal, D. K. Geographic Variation in Osteoporotic Hip Fracture Incidence: The Growing Importance of Asian Influences in Coming Decades [Text] / D. K. Dhanwal, C. Cooper, E. M. Dennison // Journal of Osteoporosis. – 2010. – Vol. 2010. – P. 1–5. doi: 10.4061/2010/757102
7. Rizzoli, R. Guidance for the prevention of bone loss and fractures in postmenopausal women treated with a romatase inhibitors for breast cancer: an ESCEO position paper [Text] / R. Rizzoli, J. J. Body, A. De Censi, J. Y. Reginster, P. Piscitelli, M. L. Brandi // Osteoporosis International. – 2012. – Vol. 23, Issue 11. – P. 2567–2576. doi: 10.1007/s00198-011-1870-0
8. Исмаилов, С. И. Остеопороз и низкоэнергетические переломы шейки бедра как осложнение различных эндокринных заболеваний [Текст] / С. И. Исмаилов, Д. Ш. Ходжамбердиева, Н. Т. Рихсиева // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 113–120.

9. Белякин, С. А. Влияние сопутствующих заболеваний на выбор метода лечения перелома шейки бедренной кости у пострадавших пожилого и старческого возраста [Текст] / С. А. Белякин, С. Н. Переходов, Э. В. Пешехонов // Клиническая геронтология. – 2011. – № 3-4. – С. 13–17.
10. Шевалаев, Г. А. Коморбидность у больных 50 лет и старше с переломом проксимального отдела бедренной кости [Текст] / Г. А. Шевалаев, Е. В. Дудина, И. М. Ефремов // Вопросы травматологии и ортопедии. – 2011. – № 1. – С. 31–33.
11. Panday, K. Medication-induced osteoporosis: screening and treatment strategie [Text] / K. Panday, A. Gona, M. B. Humphrey // Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. – 2014. – Vol. 6, Issue 5. – P. 185–202. doi: 10.1177/1759720x14546350
12. Головач, И. Ю. Оценка коморбидности у пациентов с переломом шейки бедренной кости на фоне остеопороза и последующим эндопротезированием тазобедренного сустава [Текст] / И. Ю. Головач, И. М. Зазарный, Т. В. Туровская и др. // Український ревматологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 23–28.
13. Briot, K. Changes in number and incidence of hip fractures over 12 years in France [Text] / K. Briot, M. Maravic, C. Roux // Bone. – 2015. – Vol. 81. – P. 131–137. doi: 10.1016/j.bone.2015.07.009
14. Bijlsma, A. Y. Chronology of age-related disease definitions: osteoporosis and sarcopenia [Text] / A. Y. Bijlsma, C. G. Meskers, R. G. Westendorp, A. B. Maier // Ageing Research Reviews. – 2012. – Vol. 11, Issue 2. – P. 320–324. doi: 10.1016/j.arr.2012.01.001
15. Abizanda, P. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? [Text] / P. Abizanda, L. Romero, P. M. Sanchez-Jurado, M. Martinez-Reig, S. A. Alfonso-Silguero, L. Rodriguez-Manas // The Journal of Nutrition, Health & Aging. – 2014. – Vol. 18, Issue 6. – P. 622–627. doi: 10.1007/s12603-014-0033-3
16. Травматология и ортопедия. Травмы и заболевания нижней конечности. Т. 3 [Текст] / ред. Н. В. Корнилова, Э. Г. Грязнухин. – СПб.: Гиппократ, 2006. – 1053 с.
17. Травматология и ортопедия. Т. 2 [Текст] / ред. Ю. Г. Шапошников. – М.: Медицина, 1997. – 592 с.

*Дата надходження рукопису 27.02.2017*

**Кальченко Андрій Вікторович**, аспірант, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176  
E-mail: didandrij@ukr.net

**Бабалян Володимир Олександрович**, кандидат медичних наук, доцент, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176  
E-mail: babalyanvladimir@gmail.com

**Хвисяк Олександр Миколаєвич**, доктор медичних наук, професор, ректор, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176

**Гурбанова Тамара Солтанахмедовна**, аспірант, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176; завідувач відділення, травматологічне відділення, Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 17, пр. Московський, 195, м. Харків, Україна, 60137  
E-mail: tamaragurbanova1@rambler.ru

**Черепов Дмитро Вікторович**, асистент, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176; головний лікар, Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 17, пр. Московський, 195, м. Харків, Україна, 60137

**Мазняков Сергій Михайлович**, лаборант, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176  
E-mail: maznyakov83@mail.ru