

Суворов В.Л.

інтерн;

Вітязь В.М.

*кандидат медичних наук, асистент,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

ВІДДАЛЕННІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ПЕРЕЛОМАМИ ДІАФІЗУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Діти с переломами діафізу стегнової кістки складають близько 16% від загальної кількості госпіталізованих дітей з приводу травм різних відділів скелету [2] та найчастіше потребують госпіталізації [13]. Вони складає від 1,4 до 1,7% по відношенню до всіх переломів у дитячому віці [8; 16; 17]. Найбільша кількість переломів діафізу стегнової кістки припадає на середню третину [1]. Частота відношення хлопчики:дівчата дорівнює 2.6:1.0 [6].

Абсолютна кількість таких переломів належать до нестабільних (87,1%) [4], більш того – такі переломи не піддаються самокорекції під час росту дитини і можуть призвести до деформації кінцівки та порушенню біомеханіки суміжних суглобів у подальшому.

Виділяють поперечні, косі, осколкові, підокісні переломи та переломи типу «зеленої гілки» [5; 7; 11]. В залежності від типу перелому обирається той чи інший метод лікування. Необхідно пам'ятати, що немає рутинного підходу до лікування переломів діафізу стегнової кістки у дітей.

Діафізарні переломи стегна у дітей, як правило, загоюються легко і задовільно, тому зазвичай заохочується консервативне лікування [12].

Перевагами консервативних методів лікування є: а) відсутність загальних операційних ризиків (інфекції, крововтрата, післяопераційний набряк, рубець); б) відсутність загальних анестезіологічних ризиків; в) відсутність можливості післяопераційних ускладнень, г) простота використання, д) висока ефективність у дитячому віці.

Є певні алгоритми щодо вибору консервативного методу лікування переломів діафізу стегнової кістки у дітей з урахуванням віку дитини та виду перелому [9; 14; 10; 15].

Правильний вибір методу лікування може певною мірою запобігти виникненню вищевказаних ускладнень та призвести до найшвидшого одужання пацієнта та його соціальної адаптації.

Мета роботи: вивчити та оцінити віддалені результати консервативного лікування у дітей з переломами середньої третини діяфізу стегнової кістки.

Матеріали і методи. За період з 2006 по 2011 рік у відділенні ортопедії та травматології НДСЛ «ОХМАТДИТ» лікувалося 38 пацієнтів з переломами середньої третини діяфізу стегнової кістки. При дослідженні використовувалися наступні данні з історій хвороб: вік, наявність зміщення відламків, вид лінії перелому, вид травматизму, тривалість лікування, вид консервативного лікування.

Під час контрольного огляду оцінка проводилась за шкалою Матісса-Шварцберга в модифікації В.І. Шевцова [таблиця 1].

Оцінку результатів лікування отримують шляхом ділення суми цифрових виразів показників на кількість досліджуваних показників. Середнє числове вираження результату лікування (індекс) відповідає певному результату лікування. При середньому індексі 3,5-4,0 – результат добрий, 2,5-3,5 – задовільний, менше 2,5 – незадовільний. Також додатково оцінювалася наявність вторинного сколіозу за рахунок зміни довжини кінцівки.

Результати. Всього у вибірку потрапило 38 дітей наступного віку: до 3 р. – 31,57%; 3-6 р. – 42,1%; 6-9 р. – 15,78%; 9-12 р. – 5,26%; старше 12 р. – 5,26%. Тобто найчастіше така травма зустрічається у дітей перед дошкільного та дошкільного віку. Більшість переломів була зі зміщенням – 89,47%, що пов'язано з тягою м'язів.

Ліва нижня кінцівка була ушкоджена дещо частіше (57,89%) ніж права (42,11%). Коса лінія перелому зустрічалась частіше (68,42%) ніж поперечна (31,58%), що часто пов'язано з механізмом травми. За видом травматизму на першому місці стоїть побутовий (73,68%), на другому – ДТП (21,05%), на останньому – спортивний (5,26%) травматизм. За типом травми наступний розподіл: ізольовані (84,21%), поєднанні (10,53%), політравма (5,26%). За видом консервативного лікування: найчастіше було використане скелетне витягнення (47,36%), потім лейкопластирне витягнення (36,84%), на останньому місці – кокситна гіпсова пов'язка (з та без репозиції відламків) – 15,78%. За кількістю койко-днів найбільшу кількість ліжко-днів потребувало лікування за методикою скелетного витягнення (30,1 л-д), потім – лейкопластирне витягнення

(22,29 л-д), найменшу кількість потребувало лікування за допомогою кокситної гіпсової по'вязки (6,33 л-д).

При контрольному огляді результат за шкалою Матісса-Шварцберга в модифікації В.І.Шевцова був добрий у 100% і в середньому склав 3,97 із 4,0 можливих. Проте серед відхилень показників найчастіше зустрічались наступні: зміна довжини сегменту у 84,21% (середня зміна довжини сегмента склала 0,78 см), незначне обмеження рухів у 15,78%, кутова деформація кінцівки до 10° у 10,53%). Середня зміна довжини сегмента склала 0,78 см.

Більшість від всіх випадків перелому стегнової кістки (73,67%), припадає на дошкільний вік (до 6 років); основною причиною таких переломів є побутові травми (73,68%). Отож, очевидно, що при належній інформованості та підготовці батьків можна істотно знизити кількість переломів стегнової кістки. Також видно, що більшість переломів мають косу лінію перелому (68,42%), що утруднює одномоментну репозицію; 89,47% всіх переломів мають зміщення відламків, що потребує використання витягнення. Отож зрозуміла висока кількість лейкопластирних витягнень (36,84%) та скелетних витягнень (47,36%), що обумовлює високу кількість ліжко-днів (22,29 л-д та 30,1 л-д відповідно). Це є проблемою у сучасній медицині та вимагає подальшого розглядання та вирішення. При оцінці результатів всі 100% належали до добрих результатів, що говорить про високу ефективність консервативного лікування переломів стегнової кістки у дітей. Всі ускладнення ніяк істотно не впливали на подальше життя дитини та не призвели до суттєвих змін у функції опорно-рухового апарату.

Таблиця 1

Віддалені ускладнення при переломах стегнової кістки

№ п/п	Показник	Числове вираження показника (в балах)		
		4	3	2
1.	Болі	відсутні	при тяжкому фізичному навантаженні	при легкій фізичному навантаженні
2.	Рентгенологічні признаки консолидації перелома	зрощення	Сповільнена консолидація	Незрощення або хибний суглоб
3.	Зміна довжини сегмента	відсутні	до 2 см	більше 2 см

4.	Деформація сегмента	відсутні	до 10°	більше 10°
5.	Об'єм рухів в постраждалому та суміжних суглобах.	повний або майже повний.	легкі обмеження.	різко вираженні обмеження.
6.	Атрофія м'яких тканин	відсутні	до 2 см	більше 2 см
7.	Судинні порушення	відсутні	гіпостатичні набряки	набряки та інші порушення
8.	Неврологічні порушення	відсутні	парез нервів	параліч нервів
9.	Гнійні ускладнення	відсутні	м'яких тканин	остеомієліт
10.	Працездатність	відновлена	зміна виду праці, інвалідність III групи	Втрата працездатності, II або I група інвалідності.

Джерело: [3]

Список використаних джерел:

1. Ісаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Національне керівництво з дитячої хірургії // Москва. – 2009. – 865 с.
2. Волков М.В. Ортопедія і травматологія дитячого віку // Москва. – 1983. – 14 с.
3. Мартель І.І., Карасьов А.Г., Самусенко Д.В. Чрезкістковий остеосинтез по Ілізарову переломів діафізу стегнової кістки. Федеральні клінічні рекомендації // Курган, 2013. – 23 с.
4. Баїров Г.А. Травматологія дитячого віку // Москва. – 1976. – 346 с.
5. Green & Swiontkowski, Skeletal Trauma in Children // 2008. – 476 с.
6. John A. Ogden, Skeletal Injury in the Child 3 ed., 2000.
7. Lutz von Laer, M.D, Pediatric Fractures and Dislocations // 2004. – 286 с.
8. Sahlin Y., Occurrence of fractures in a defined population: a 1-year study. Injury // 1990. – 160 с.
9. Fritz Hefti, Pediatric Orthopedics in Practice // 2007. – 255 с.
10. Nigel S. Broughton, A textbook of paediatric orthopaedics // 1997. – 303 с.
11. Lutz von Laer, Pediatric Fractures and Dislocations // 2004. – 286 с.
12. John A. Herring, Tachdjian's Pediatric Orthopaedics // 2014. – 1398 с.
13. Loder RT, O'Donnell PW, Feinberg JR: Epidemiology and mechanisms of femur fractures in children, J Pediatr Orthop // 2006. – 26 с.

14. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Treatment of pediatric diaphyseal femur fractures: guideline and evidence report, Rosemont, Ill // 2009.

15. Kathleen McKeon¹, June C O'Donnell¹ & J Eric Gordon, Pediatric femoral shaft fractures: current and future treatment, J Future Medicine // 2010. – 689 с.

16. Hinton RY, Lincoln A, Crockett MM, Sponseller P, Smith G. Fractures of the femoral shaft in children: incidence, mechanisms, and sociodemographic risk factors. J Bone Joint Surg Am. // 1999. – 81 с.

17. Rewers A, Hedegaard H, Lezotte D, et al., Childhood femur fractures, associated injuries, and sociodemographic risk factors: a population-based study. Pediatrics. // 2005. – 115 с.

Толмачов О.А.

лікар-психіатр,

Клінічний госпіталь

Державної прикордонної служби України міста Одеси

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ

За визначенням Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) артеріальна гіпертензія (АГ) – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск (АТ). АГ є одним із розповсюджених захворювань серцево-судинної системи (ССС), проте, ВООЗ вводить таке поняття, як «первинно високий тиск». Воно застосовується до тих людей, у яких високі цифри АТ вважаються варіантом фізіології організму.

Думка про те, що підвищений АТ є чинником схильності до розвитку деменції і розладу когнітивних функцій, уперше висловлена шведськими дослідниками у 1996 році за даними 15-річного спостереження пацієнтів віком старше 70 років [6]. Було встановлено, що у хворих з початковим високим рівнем АТ (178/101 мм рт. ст.) після 79 років деменція виникала частіше, ніж у осіб з більш низьким АТ (164/92 мм рт. ст.). Класичне уявлення про патогенез судинної деменції, що розвивається внаслідок атеросклеротичного ураження судин головного мозку (атеросклеротична деменція) і множинних мозкових інфарктів (мультиінфарктна деменція) було доповнене даними про роль ішемічного дифузного ушкодження білої підкоркової речовини