

Комплексная профилактика остеопороза у пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей

Кривенко С.Н.

Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных
ситуаций Донецкого национального медицинского университета
им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель.

Комплексная профилактика остеопороза в лечении пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей позволит снизить процент развития посттравматического остеопороза конечностей, а следовательно и количество неудовлетворительных исходов **ЛЕЧЕНИЯ**.

Задачи.

Применения комплексной профилактики остеопороза для достижения физической, психологической и социальной реабилитации пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей.

Материалы и методы

Изучены результаты применения комплексной профилактики остеопороза у 124 травмированных с множественными диафизарными переломами костей нижних конечностей. Больные были разделены на две группы: основную – 79(63,7%), где была применена методика комплексной профилактики остеопороза и контрольная – 45(36,3%). В последнюю вошли пациенты, которые лечились без использования предложенной нами методики. Тяжёлые множественные переломы нижних конечностей явились следствием дорожно-транспортных травм (79%) или шахтной травмы (7,3%).

Для диагностики остеопороза нами использовалась костная денситометрия. Для ее проведения использовали: одно- и двухэнергетические фотонные денситометры; одно- и двухэнергетические рентгеновские денситометры; компьютерные томографы; ультразвуковые денситометры.

- ◆ Одноэнергетические рентгеновские и ультразвуковые приборы использовались для скрининговых исследований или постановки предварительного диагноза.
- ◆ Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (DEXA) получила наиболее широкое распространение, она использовалась для измерения минеральной плотности костей осевого скелета (поясничные позвонки, проксимальный отдел бедренной кости) и периферических участков.

В настоящее время DEXA по праву рассматривается как "золотой стандарт" среди методов костной денситометрии. Лучевая нагрузка настолько низкая, что прибор не требует специального помещения.

ЛЕЧЕНИЕ

Среди антирезорбтивных препаратов для лечения остеопороза применялся кальцитонин лосося, который представлен двумя формами: в виде раствора для инъекций (по 100 МЕ в ампуле) и назального аэрозоля (по 200 МЕ в одной дозе).

Оптимальные режимы лечения кальцитонином:

1. при остеопорозе - назальный аэрозоль 200 МЕ в день, раствор для подкожных или внутримышечных инъекций по 100 МЕ через день. Длительность лечения - 2-3 мес, затем перерыв 2-3 мес;
2. при болях в костях - назальный аэрозоль 200 МЕ в день, раствор подкожно или внутримышечно по 100 МЕ в течение минимум 15 дней.

Широкое применение получили бисфосфонаты. Поскольку бисфосфонаты имеют химическое сродство с минералом аморфного вещества кости гидроксиапатитом, они могут длительно сохраняться в местах активного костеобразования. Ибадронат показал высокую эффективность, как при оральном, так и внутривенном введении (ежеквартально).

Следует отметить, что важным является проведение базисной терапии – назначение препаратов витамина D и кальция. Предпочтительнее использовать карбонат или цитрат кальция, в 1г которых содержится 400 и 211мг кальция соответственно (препарат "Кальций-Д3 Никомед" и др.).

В раннем посттравматическом периоде, для создания условий иммитирующих ходьбу в постели, нами применено устройство для тренировки функциональной осевой нагрузки нижних конечностей (А.с.№1181663). В дальнейшем, при поднятии больного на костыли, нами использовалось портативное устройство для регистрации биомеханических нагрузок (Патент України №60438А).

Результаты

Нами установлена начальная сила нагрузки, динамика её роста в зависимости от характера перелома, метода лечения, времени, прошедшего после травмы. Определены средние величины этой нагрузки. На основании полученных нами данных установлено, что сила нагрузки у больных после оперативных методов лечения была больше, чем у больных с консервативными методами лечения. При оперативных методах лечения нагрузку начинали с 3-ей недели, а при консервативном – с 4-5-ой недели

Внедрение в практику лечения пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей ранней осевой дозированной нагрузки способствовало восстановлению опороспособности конечности от 50% до 62,5% от массы тела больного к 12 неделе после травмы.

Заключение.

Комплексная профилактика остеопороза в лечении пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей с применением дозированной осевой нагрузки в ранние сроки после травмы способствовало профилактике мышечной гипотрофии, лимфостаза, уменьшению риска развития остеопороза, снижению сроков пребывания больных в стационаре, в среднем, на две недели, сократило продолжительность лечения, в среднем, на три недели.

БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ