

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЙ - Д3 НИКОМЕД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Р.И. РАХИМЖАНОВА², К.Т. ОСПАНОВ¹, Ж.Ж. КОЖАХМЕТОВА², В.Д. СЕРИКБАЕВ¹

¹Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии,

²Казахская государственная медицинская академия, Астана

Переломы проксимального отдела бедра у пожилых, возникающие на фоне структурных, количественных и качественных нарушений костной ткани, требуют иных подходов к лечению, чем повреждения костей у здоровых лиц [1]. Из-за неуклонного повышения частоты этих переломов во всех географических областях и этнических группах [2,3] растет и потребность данных пациентов в хирургической помощи. Несмотря на это, результаты оперативного лечения на фоне остеопороза остаются неудовлетворительными [4]. Одной из причин низкой эффективности лечения является нарушение ремоделирования костной ткани при остеопорозе и, как следствие, отсутствие консолидации перелома. Поэтому наряду с хирургическим вмешательством необходимо использование фармпрепаратов, направленное на предотвращение дальнейшего снижения минерализации.

Безусловно, первой линией терапии является применение кальция и витамина D, поскольку дефицит последнего является причиной возрастного снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Известно, что витамин D является

естественным эндогенным регулятором абсорбции кальция и фосфора в кишечнике и синтеза паратиреоидного гормона. Достаточное потребление кальция - также необходимое условие снижения риска прогрессирования остеопороза, поэтому сочетанное применение препаратов кальция и витамина D является универсальным методом профилактики и лечения остеопороза, особенно у пожилых людей.

Цель исследования - оценить эффективность препарата Кальций-Д3 Никомед в комплексном лечении больных с переломами проксимального отдела бедренной кости (ПОБК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

12-ти пациентам (средний возраст $64,5 \pm 7,2$ года) с переломом ПОБК и выявленным нарушением ремоделирования костной ткани в виде остеопении и остеопороза была назначена медикаментозная терапия препаратом Кальций-Д3 Никомед по 2 таблетки в день. Контрольную группу составили 9 пациентов, не принимавших назначенную терапию. Оценка минеральной плотности кости проводилась через 3, 6 и 12 месяцев с момента первичного

обследования. Число пациентов, обследуемых в эти сроки, было непостоянным за счет сложности транспортировки, связанной с травмой, и колебалось от 2 до 5 человек в группе. Минимальное количество повторных исследований у одного больного составило 1, максимальное - 3.

Исследование проводилось в отделе лучевой диагностики НИИТО на рентгеновском денситометре "LEXXOS" (Франция). Областью исследования являлся проксимальный отдел бедренной кости неповрежденной конечности. Анализ динамики за период наблюдения оценивался в процентах от первоначальной величины минеральной плотности в таких зонах, как шейка бедра, большом вертеле, треугольнике Варда.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне проведенной терапии спустя 3 месяца в основной группе было выявлено достоверное снижение МПКТ во всех зонах исследования, более выраженное в области большого вертела и треугольнике Варда (9,8 % и 10,7% соответственно). В шейке бедренной кости уровень МПКТ снизился на 6,7%. По литературным данным, значительная потеря костной ткани в ранние сроки после остеосинтеза объясняется первоначальным усилением резорбции

и рассматривается как "стрессовое ремоделирование" или процесс адаптации к новым условиям [5]. Полученные нами результаты отрицательной динамики в неповрежденной конечности, вероятно, связаны с перераспределением минералов на фоне лечения из сегментов, где их больше, в сегменты с их меньшим уровнем [6].

Спустя 6 месяцев снижение МПКТ по сравнению с результатами динамического наблюдения через 3 месяца было выражено меньше и составило в шейке бедра - 4,9%, в большом вертеле - 1,6 %, в треугольнике Варда - 4,5%. Через 12 месяцев отмечалась положительная динамика в области большого вертела и треугольнике Варда на 0,4% и 0,6% соответственно. В шейке бедренной кости потеря костной ткани составила 3,9%. Вероятно, незначительный прирост костной массы в области шейки через год связан с ее кортикальным типом строения, где скорость обмена веществ значительно ниже, чем в трабекулярной кости.

В контрольной группе при динамическом обследовании наблюдалась более интенсивная костная потеря, которая прогрессировала с увеличением длительности наблюдения. Причем, у одного пациента возник повторный перелом проксимального отдела бедра с другой стороны.

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика МПКТ в % от первоначальных значений у больных основной и контрольной групп через 3, 6 и 12 месяцев

Динамика	группы	Шейка	Большой вертел	Т. Варда
3 месяца	Основная	-6,7%	-9%	-10,7%
	Контроль.	-8,9%	-13,1%	-11,1%
6 месяцев	Основная	-4,9%	-1,6%	-4,5%
	Контроль.	-23%	-12,6%	-28%
12 месяцев	Основная	-3,9%	+0,4%	+0,6%
	Контроль.	-23,6%	-16,7%	-21,8%

Сравнение результатов исследования в основной и контрольной группах выявило влияние препарата Кальций-Д3 Никомед на предупреждение костной потери в области проксимального отдела бедренной кости. Прогрессирующее снижение МПКТ в контрольной группе превышало соответствующие показатели основной группы в несколько раз, а к концу исследования у лиц, принимавших медикаментозное лечение, отмечен явный прирост МПКТ, в то время как в группе сравнения отмечалось дальнейшее ее снижение.

Наибольшая потеря массы кости в обеих группах наблюдалась в области треугольника Варда и большом вертеле, зонах, представленных преимущественно трабекулярной костной тканью и являющихся более лабильными и быстрее реагирующими на воздействия извне.

Полученные результаты исследования дают основание утверждать, что лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости, возникшими на фоне остеопороза, должно быть комплексным, т.е. включать наряду с хирургическим вмешательством применение фармпрепаратов, способных увеличивать минеральную плотность и улучшать качество костной ткани.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Солод Э.И., Родионова С.С., Лазарев А.Ф. и др. Использование миакальцика и альфакальцидола в комплексном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого возраста // Остеопороз и остеопатии. - 1999. - №1. - С.37-39.

2. Лепарский Е.А., Скрипникова И.А. Диагностика и лечение остеопороза (современное состояние проблемы). - 1998. - С.6.
3. Cooper C., Campion G., Melton III L.I. Hip fractures in the elderly: a worldwide project//Osteoporosis Int.- 1992. - № 2. - P. 282-289.
4. Лирцман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблемы лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий // Вестник травматологии и ортопед. - 1997. - № 2. - С. 12-18.
5. Беневаденская Л.И. Остеопороз: эпидемиология, диагностика. - Москва, 2000. - С.313.
6. Родионова С.С. Метаболические остеопатии: Дис. ...докт.мед.наук.- Москва, 1992. - С. 137.