

ской обработки гнойного очага было выявлено, что содержимое абсцесса представляет гнойный экссудат белого цвета, творожистой консистенции, с неприятным запахом. Диаметр абсцесса варьировал в пределах 1–3 см и не имел прямой зависимости от сроков наблюдения. У 2 лабораторных животных опытной серии (8 %) абсцессы вскрылись самостоятельно, а при пальпации определялось только наличие плотной соединительнотканной капсулы. Частота развития гнойно-воспалительных осложнений при токсическом ятрогенном повреждении нижнего альвеолярного нерва составила 48 %. Сроки развития таких осложнений варьировали в пределах от 21 суток до 6 месяцев наблюдения, причем с увеличением срока наблюдения частота развития гнойно-воспалительных процессов возрастала в два раза, начиная с 3 месяцев.

В контрольной серии экспериментальных животных с травматическим повреждением нижнего альвеолярного нерва аналогичные осложнения развились у 2 животных (16,7 %). При этом костная ткань челюсти была обычной структуры и плотности. В месте травматизации структура кости в последующем восстанавливалась.

Вывод

При осложнении эндодонтического лечения — выведения пломбирочного материала в нижнечелюстной канал следует в кратчайшие сроки (до 21 суток) удалить инородное тело для предупреждения необратимых морфофункциональных изменений в *N. alveolaris inferior*, а также с целью профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений в костной ткани нижней челюсти и предупреждения стойкого болевого синдрома в отдаленном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Боровский, Е. В. Эндодонтическое лечение / Е. В. Боровский, Н. С. Жохова. — М., 1997. — 63 с.
2. Григорьянц, Л. А. Лечение травм нижнеальвеолярного нерва, вызванных выведением пломбирочного материала в

нижнечелюстной канал / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак // Клиническая стоматология. — 2006. — № 1. — С. 52–57.

3. Денисов, С. Д. Требования к научному эксперименту с использованием животных / С. Д. Денисов, Т. С. Морозкина // Здравоохранение. — 2001. — № 4. — С. 40–42.

4. Зобачева, В. В. Выведение пломбирочного материала в нижнечелюстной канал (Клинический случай) / В. В. Зобачева, Л. А. Горева // Технологии XXI в. в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: материалы научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации с международным участием, 30–31 октября. — Тверь, 2008. — С. 292–293.

5. Иванов, В. С. Воспаление пульпы зуба / В. С. Иванов, Л. И. Урбанович, В. П. Бережной. — М., 1990. — 207 с.

6. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных заболеваний / Н. Н. Бажанов [и др.]. // Стоматология. — 1990. — № 3. — С. 87–89.

7. Михайленко, А. А. Клинико-экспериментальное обоснование лечения и реабилитации пациентов с невритом, вызванным выведением пломбирочного материала в нижнечелюстной канал: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А. А. Михайленко; ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития». — Ставрополь, 2009. — 23 с.

8. Походенько-Чудакова, И. О. Способ моделирования травматического неврита нижнеальвеолярного нерва у кролика в эксперименте: (51) МПК (2009) G09B 23/00 (21) а 20081423 (22) 2008.11.12. (71) Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет» (ВУ) / И. О. Походенько-Чудакова, Е. А. Авдеева. — № 13836. Заявл. 11.12.2008 — Опубл. 30.12.2010 // Официальный бюллетень государственного пат. ведомства Республики Беларусь. — 2010. — № 6. — С. 131.

9. Родз, Д. С. Повторное эндодонтическое лечение / Д. С. Родз. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 216 с.

10. Сирак, С. В. Изучение морфологических изменений, возникающих в сосудисто-нервном пучке кролика под действием различных пломбирочных материалов в эксперименте / С. В. Сирак, А. А. Михайленко, А. Б. Ходжаян // Эндодонтия today. — 2009. — № 3. — С. 29–35.

11. Шалак, О. В. Роль очагов одонтогенной инфекции в формировании метаболического статуса организма у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О. В. Шалак; Санкт-Петербургская мед. акад. последипломного образования. — СПб., 2000. — 18 с.

12. Шаргородский, А. Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологической поликлинике / А. Г. Шаргородский // Труды VII Всерос. съезда стоматологов. — М., 2001. — С. 126–128.

13. Шульман, Ф. И. Клинико-морфологическое обоснование методов лечения верхнечелюстного синусита, возникшего после эндодонтического лечения зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Ф. И. Шульман; Санкт-Петербургская мед. акад. последипломного образования. — СПб., 2003. — 19 с.

14. Changes in the mouth mucosa in patients with chronic inflammatory intestinal diseases / G. Colella [et al.] // Minerva Stomatol. — 1999. — Vol. 48, № 9. — P. 367–371.

Поступила 17.06.2011

УДК 616.71-007.234:616-001.5-07

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НИЗКОТРАВМАТИЧНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ ЗА 2007–2010 ГГ.

¹Г. Н. Романов, ²Д. В. Попков

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель
²Управление здравоохранения Гомельского облисполкома

Проведен расчет показателей первичной заболеваемости низкотравматичными переломами шейки бедренной кости у пациентов в возрасте старше 50 лет, проживающих в Гомельской области. Средний возраст, при котором произошел перелом, превышает 70 лет, при этом у лиц в возрасте 60–79 лет статистиче-

ски значимых различий в показателях заболеваемости между мужчинами и женщинами не выявлено. В структуре оказания специализированной медицинской помощи пациентам с переломами шейки бедренной кости преобладало скелетное вытяжение (36,9 %), консервативное лечение (35,1 %), остеосинтез (14,9 %) и эндопротезирование тазобедренного сустава (13,1 %).

Ключевые слова: перелом шейки бедренной кости, первичная заболеваемость, остеопороз.

ANALYSIS OF PRIMARY MORBIDITY OF LOW-TRAUMATIC FEMORAL NECK FRACTURES IN PATIENTS OVER 50 IN GOMEL REGION WITHIN 2007–2010

H. N. Romanov¹, D. V. Popkov²

¹Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

²Health Care Administration of Gomel Regional Executive Committee

The estimation of the primary morbidity indicators for low-traumatic femoral neck fractures in patients over 50 residing in Gomel region has been performed. The average age of the fracture occurrence exceeds 70, at the same time there are none statistically significant differences in the morbidity indicators between men and women identified for the age of 60–79. Skeletal traction (36,9 %), conservative treatment (35,1 %), osteosynthesis (14,9 %), and hip replacement (13,1 %) prevailed in the structure of rendering specialized medical care to the patients with the femoral neck fractures.

Key words: femoral neck fracture, primary morbidity, osteoporosis.

Введение

Проблеме остеопороза (ОП) сегодня уделяют большое внимание во многих странах мира в связи с высокой распространенностью заболевания и его тяжелыми последствиями. ОП — это целая группа многофакторных метаболических заболеваний скелета, которые характеризуются прогрессирующим снижением костной массы в единице объема кости с нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышенной хрупкости костей и увеличению риска переломов от минимальной травмы и даже без таковой [1]. ОП в настоящее время является одной из основных причин развития низкотравматичных переломов и относится к числу заболеваний, которые приводят к снижению качества жизни, инвалидности и увеличению смертности, особенно у пожилых людей. Доказано, что в настоящее время остеопороз является таким же распространенным заболеванием, как и другие социально значимые заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, эндокринных желез [2]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой распространенности ОП: в Европе, США и Японии у 75 миллионов человек установлен диагноз ОП. В 2004 г. в США у 10 млн. американцев в возрасте старше 50 лет был установлен диагноз ОП и у 34 млн. — наличие факторов риска заболевания. В Российской Федерации частота остеопороза среди женщин в возрасте старше 50 лет составляет в среднем 30,5–33,1 %, а среди мужчин — 22,8–24,1 % [3]. В Украине, по данным крупномасштабных исследований, индекс мощности костной ткани при сонографическом исследовании у мужчин

с 20 до 89 лет снижается на 26 %, а частота остеопороза среди женщин данной возрастной категории составляет 20 % [4]. Проведенные в Республике Беларусь исследования по изучению распространенности нарушений плотности костной ткани периферического скелета среди мужчин старше 40 лет показали, что у каждого пятого в возрасте 50–59 лет регистрируется остеопенический синдром и у каждого десятого в возрасте 60–69 лет — остеопороз [5]. Клинически ОП диагностируется при возникновении типичных низкотравматичных переломов, наиболее частой локализацией которых являются дистальный отдел предплечья, тела позвонков грудного или поясничного отделов позвоночника и бедро, при этом наиболее серьезные социально-медицинские последствия наблюдаются при переломах шейки бедренной кости (ШБК). Остеопоротические переломы ассоциируются не только с повышенной заболеваемостью, потерей трудоспособности и снижением качества жизни, но и со значительным увеличением смертности в течение года после травмы [6]. В Республике Беларусь отсутствуют статистические данные по первичной и общей заболеваемости переломами ШБК у лиц пожилого возраста, несмотря на высокую социально-экономическую значимость данной нозологии. В настоящее время в целях профилактики остеопоротических переломов приоритетное значение придается идентификации значимых факторов риска переломов. К вероятным факторам риска, приводящим к развитию перелома, могут относиться семейный анамнез низкотравматичных переломов, низкая физическая активность, прием глюкокортикосте-

роидов, низкая масса тела, курение, злоупотребление алкоголем, предшествующие остеопоротические переломы, предрасположенность к падениям, ранняя менопауза у женщин и некоторые другие.

Для организации эффективной первичной профилактики переломов ШБК, а также предотвращения повторных случаев нарушения целостности костей скелета первоочередной задачей является проведение эпидемиологических исследований по распространенности низкотравматичных переломов у лиц в возрасте старше 50 лет, проживающих как в сельской, так и городской местности, а также углубленного анализа половозрастных особенностей изучаемой нозологии у населения Республики Беларусь.

Материал и методы

Работа велась согласно уникальному дизайну исследования, разработанному в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». В Республике Беларусь отсутствуют официальные статистические данные по переломам ШБК, что делает невозможным оценить в динамике ежегодное количество переломов, а также изучить особенности региональной распространенности изучаемой па-

тологии. Разработанный дизайн исследования включал несколько этапов. На начальном проведено анализ вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) за 2007–2010 гг. по г. Гомелю и Гомельскому району. В качестве ключевого поля поиска и отбора использована фраза «перелом бедра», которая является обязательной в базе данных вызовов. В качестве лимитирующего возрастного периода пациента выбран интервал от 50 до 100 лет. На втором этапе методом сплошной выборки изучены статистические карты выбывшего из стационара (форма №066/у-07) учреждений здравоохранения, куда были доставлены пациенты бригадами СМП (УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», «Гомельская областная клиническая больница» и «Гомельская городская клиническая больница № 1»). Область поиска включала разделы «основной клинический диагноз» и «сопутствующий диагноз» с кодом S72 по МКБ-10. Верификация диагнозов проведена по медицинской карте стационарного пациента (форма №003/у-07). Расчет показателей первичной заболеваемости по возрастам проводился по формуле:

$$\frac{\text{Абсолютное число переломов в данной возрастной группе}}{\text{Численность населения в данной возрастной группе}} \times 100000 \quad (1)$$

Для расчета использованы данные по численности населения в каждой возрастной группе Главного статистического управления Гомельской области на начало 2008, 2009, 2010 и 2011 гг.

База данных создана с использованием электронных таблиц среды MS Access. Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 и SPSS, 13.0. Для анализа использовались методы параметрической и непараметрической статистики, так как распределение данных внутри групп не носило характер нормального (коэффициент асимметрии > 1,8). Данные представлены в формате Me (Q25 % – Q75 %) для непараметрического распределения и $M \pm \sigma$ - в случае параметрического распределения. Для определения статистической значимости использован критерий Манна-Уитни или Стьюдента для независимых выборок.

Результаты и обсуждение

Экстренная травматологическая помощь пациентам, постоянно и временно проживающим в г. Гомеле и Гомельском районе, оказывается в трех лечебных учреждениях: УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», «Гомельская областная клиническая больница» и «Гомель-

ская городская клиническая больница № 1». Поступление пациентов в указанные стационары осуществляется либо через бригады СМП, либо путем самообращения в приемные отделения этих ЛПУ. Проведен анализ госпитализированных пациентов в возрасте старше 50 лет за период 2007–2010 гг. Согласно полученным данным, бригадой СМП в экстренном порядке путем активного вызова в 2007 г. было доставлено 48,9 % пациентов, в 2008 — 46,2 %, в 2009 — 49,3 % и 2010 г. — 41 % от общего количества пациентов с переломами ШБК. Согласно результатам проверки статистических карт выбывших из стационара, большинство пациентов с переломами ШБК получали лечение в УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». В УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» имелись единичные случаи оказания медицинской помощи таким пациентам, в связи с чем данный стационар не был включен в дальнейший анализ. Кроме этого, из анализа исключены пациенты, временно проживающие или прибывшие в г. Гомель. Результаты рассчитанного абсолютного количества переломов у жителей г. Гомеля и Гомельского района за 2007–2010 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Количество переломов ШБК по данным травматологических стационаров у пациентов в возрасте старше 50 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельском районе

Показатели	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год
УЗ «БСМП»:				
муж.	49	62	51	38
жен.	108	88	105	83
УЗ «ГОКБ»:				
муж.	8	9	16	6
жен.	17	27	29	34
Итого:				
муж.	57	71	67	44
жен.	125	115	134	117

Как видно из таблицы 1, преобладающее количество пациентов получило лечебно-диагностическую помощь в УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». В сравнении по годам в указанном ЛПУ в 2007 г. лечилось 86,3 %, в 2008 г. — 80,6 %, в 2009 г. — 77,6 % и в 2010 г. — 75,0% пациентов с переломами ШБК. Большинство пациентов в абсолютных значениях были лицами женского пола, что в среднем за 4 года составило соотношение м:ж — 1,0:2,1.

При проведении анализа полученных результатов за 2007–2010 гг. отмечено большое количество активных вызовов бригад СМП (1543 вызова), а также сопровождения в стационар санитарным транспортом (282 случая). Таким образом, на 1 перелом ШБК приходилось в среднем 2,5 вызова скорой медицинской помощи за анализируемый период. Это связано со случаями повторных вызовов после перехода пациента на амбулаторный этап лечения в

связи с развившимися осложнениями, болевым синдромом или обострением имеющейся соматической хронической патологии. По структуре оказываемой специализированной помощи пациентам с переломами ШБК в 36,9 % случаев выполнено скелетное вытяжение, в 35,1 % — они получали консервативное лечение, в 14,9 % был проведен остеосинтез и в 13,1 % случаев — эндопротезирование тазобедренного сустава.

Особое внимание при сборе первичной информации уделялось вопросу характера травмы. В данное исследование не включались пациенты с высокоэнергетическими переломами (в результате дорожно-транспортных происшествий, падений со значительной высоты). Во внимание приняты случаи только низкотравматичных переломов, то есть переломов с высоты, не превышающей высоту собственного роста. Все случаи переломов были разделены по месяцам для выявления тенденций сезонности повышенного травматизма (рисунок 1).

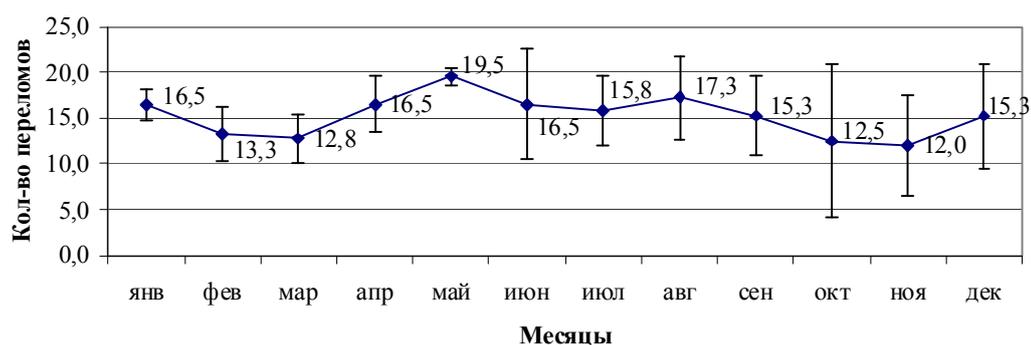


Рисунок 1 — Сезонное распределение случаев низкотравматичных переломов ШБК у пациентов, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области, в возрасте старше 50 лет за 2007–2010 гг.

Согласно литературным данным, более половины случаев переломов происходит дома, а остальные — вне его, в течение года, с преимущественным пиком в зимний период [7, 8]. По результатам данного исследования выраженного сезонного пика по переломам ШБК выявлено не было. Это связано с тем, что в группу вошли все пациенты, независимо от

места наступления перелома (дом, улица). Это может служить косвенным подтверждением остеопоротического характера низкотравматичных переломов. В дальнейшем необходимо провести углубленный анализ обстоятельств и места, где произошла травма, для разработки дополнительных мероприятий по первичной и вторичной профилактике переломов ШБК.

Важным вопросом, требующим решения в рамках данного исследования, является изучение различий частоты переломов у мужчин и женщин, а также их среднего возраста на момент травмы. Ожидаемая продолжительность

жизни женщин в 2009 г. составила 76,4 года, а мужчин — 64,7 года, что на 11,7 года меньше, чем женщин [9]. Соответственно, можно ожидать различий в возрасте пациентов с переломом ШБК (таблица 2).

Таблица 2 — Средний возраст, при котором произошел перелом ШБК, у пациентов старше 50 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельском районе

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Мужчины, лет	65,8 ± 10,6	70 ± 11,5	68,4 ± 10	69,5 ± 10,5
Женщины, лет	77,6 ± 8,7	76,9 ± 8,7	77,3 ± 9,3	76,7 ± 9,4
Средний возраст, лет	73,9 ± 10,8	74,3 ± 10,4	74,3 ± 10,4	74,7 ± 10,2

Согласно полученным данным, средний возраст, при котором произошел перелом ШБК, превышает 70 лет, однако отмечены статистически значимые ($p < 0,05$) различия по возрасту между мужчинами и женщинами. В среднем переломы у мужчин случаются на 7–11 лет раньше, чем в женской популяции.

Основным показателем, позволяющим проводить сравнительный анализ, в том числе и в динамике, является первичная заболеваемость. Перелом ШБК относится к нозологии, при которой первичная заболеваемость по обращаемости равна первичной заболеваемости в целом. Нарушение функции передвижения (ходьбы) в результате перелома приводит к обязательной обращаемости пациента за медицинской помощью. Кроме этого, перелом ШБК

должен быть верифицирован с помощью рентгенологического метода диагностики, что возможно лишь в условиях медицинского учреждения. Таким образом, при расчете показателей первичной заболеваемости необходима верификация случая перелома ШБК в амбулаторно-поликлиническом или стационарном учреждении. В системе отчетности отрасли здравоохранения не предусмотрен учет случаев перелома ШБК, а значит, и отсутствуют данные по показателям общей и первичной заболеваемости. В рамках данного исследования впервые проведен расчет показателей первичной заболеваемости низкотравматичным переломом ШБК у пациентов в возрасте старше 50 лет, с интервалом в 5 лет, за 2007–2010 гг. (таблица 3).

Таблица 3 — Динамика показателей первичной заболеваемости (случаев на 100 000 населения) переломом ШБК у лиц старше 50 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельском районе

Возрастная группа	Пол	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
50–54 года	муж.	52,18	35,58	29,39	24,34
	жен.	4,17	12,06	19,00	15,14
55–59 лет	муж.	66,30	82,66	80,51	36,65
	жен.	35,48	24,20	14,10	13,90
60–64 года	муж.	117,68	78,10	87,03	49,87
	жен.	40,70	45,73	38,85	35,63
65–69 лет	муж.	95,51	93,70	125,00	44,85
	жен.	68,31	33,70	87,01	76,21
70–74 года	муж.	89,08	132,49	222,85	156,65
	жен.	163,93	152,75	196,20	128,70
75–79 лет	муж.	243,15	325,96	156,74	162,29
	жен.	235,60	247,72	171,50	223,40
> 80 лет	муж.	138,41	463,54	281,77	221,42

Согласно полученным данным, рост показателей первичной заболеваемости отмечен в возрастной группе после 70 лет, достигая максимального значения в возрастном периоде старше 80 лет.

Расчет интенсивных показателей первичной заболеваемости в Гомельской области проводился в два этапа:

1) подсчет абсолютного количества переломов в г. Гомеле и Гомельском районе;

2) изучение количества переломов ШБК в двух случайно выбранных районах Гомельской области (Чечерский и Мозырский).

Выбранные районы имеют разную численность населения, территориально удалены

друг от друга и отличаются различным уровнем оказания медицинской помощи. Суммировав абсолютное число случаев заболевания впервые за 2007–2010 гг. и данные по численности населения г. Гомеля, Гомельского, Че-

черского и Мозырского районов на 1 января года, следующего за анализируемым, получили средние показатели первичной заболеваемости низкотравматичным переломом ШБК в Гомельской области (рисунок 2).

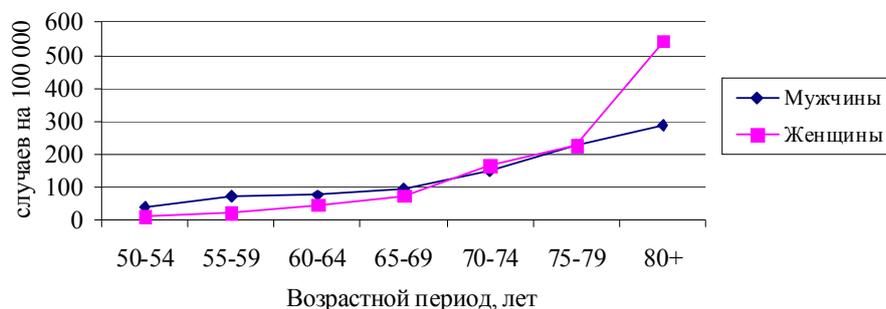


Рисунок 2 — Показатели первичной заболеваемости переломом ШБК у пациентов, проживающих в Гомельской области, за 2007–2010 гг. в зависимости от возраста

Необходимо отметить, что средние показатели первичной заболеваемости у мужчин и женщин в возрасте 60–79 лет статистически не различимы ($p > 0,05$). Полученные результаты требуют более пристального внимания и изучения причин развития низкотравматичных переломов ШБК в мужской популяции с целью выявления значимых факторов риска и иных причин развития заболевания (таблица 4).

Для оценки различий полученных данных в г. Гомеле и Гомельском районе в сравнении с данными Мозырского и Чечерского районов проведен анализ по частоте встречаемости перелома ШБК у мужчин и женщин, длительности пребывания в стационаре, среднему возрасту, при котором произошел перелом, и показателю первичной заболеваемости пациентов в возрасте старше 50 лет. Результаты сравнения представлены в таблице 5.

Таблица 4 — Зависимость показателей первичной заболеваемости переломом ШБК по возрастным периодам от пола пациентов в возрасте старше 50 лет

Возрастной период	Показатели первичной заболеваемости мужчин (на 100 тыс. населения)	Показатели первичной заболеваемости женщин (на 100 тыс. населения)	Значимость различий, p
50–54 года	38,7	12,6	< 0,001
55–59 лет	73,8	22,3	< 0,001
60–64 года	76,4	47,9	0,080
65–69 лет	96,9	75,1	0,262
70–74 года	148,7	165,0	0,549
75–79 лет	225,8	227,8	0,960
80 лет и >	286,6	543,8	< 0,001

Таблица 5 — Итоговые данные по переломам ШБК в г. Гомеле и Гомельском районе в сравнении с другими регионами Гомельской области

Показатель	г. Гомель и Гомельский район	Мозырский и Чечерский район	Значимость различий, p
Соотношение муж/жен	239/491	59/106	p = 0,486
Длительность стационарного лечения, к/дней	20,0 [8,0; 30,0]	40,0 [24,0; 50,0]	p < 0,001
Средний возраст, при котором произошел перелом, лет	74,2 ± 10,5	72,0 ± 10,9	p = 0,023
Показатели первичной заболеваемости лиц в возрасте старше 50 лет, случаев на 100 тыс. населения	106,4	123,8	p = 0,095

Согласно проведенному анализу, в Мозырском и Чечерском районе при переломах у лиц более раннего возраста отмечается более длительное лечение в стационаре круглосуточного пребывания. В то же время показатели первичной заболеваемости переломом ШБК в сравниваемых регионах статистически не различимы.

Заключение

Таким образом, в г. Гомеле и Гомельском районе за 2007–2010 гг. произошло 730 верифицированных низкотравматичных переломов ШБК у пациентов в возрасте старше 50 лет. Соотношение м:ж составило 1:2 в абсолютных числах, однако показатели первичной заболе-

ваемости пациентов обоих полов в возрасте 60–79 лет статистически значимо не различались ($p > 0,05$). Перелом ШБК относится к нозологии с длительным периодом стационарного круглосуточного лечения с длительностью пребывания от 20 до 40 дней. При анализе сезонности переломов ШБК в этом исследовании не было получено достоверных пиков в течение года, что требует дальнейшего углубленного изучения обстоятельств и характера травмы бедра. При оказании специализированной медицинской помощи пациентам с переломами ШБК в 36,9 % случаев выполнено скелетное вытяжение, в 35,1 % — пациенты получали консервативное лечение, в 14,9 % — проведен остеосинтез и в 13,1 % случаев — эндопротезирование тазобедренного сустава. При лечении каждого третьего пациента применена только консервативная тактика, что, вероятнее всего, связано с особенностями клинической ситуации и состояния коморбидности по сопутствующей соматической патологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Системный остеопороз : практ. рук. для врачей / Л. Я. Рожинская [и др.] ; под общ. ред. Л. Я. Рожинской. — М.: Мокеев, 2000. — 125 с.
2. Kanis, J. A. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk / J. A. Kanis // *Lancet*. — 2002. — Vol. 359, № 9321. — P. 1929–1936.
3. Лесняк, О. М. Социальные и экономические последствия предотвращенного остеопороза и возможные пути организации его профилактики / О. М. Лесняк // Тез. лекций и докл. III Рос. симп. по остеопорозу. — СПб., 2000. — С. 76–77.
4. Современные принципы диагностики, профилактики и лечения заболеваний костно-мышечной системы у людей разного возраста : сб. науч. тр. / В. В. Поворознюк [и др.] ; под общ. ред. В. В. Поворознюка. — Киев: ВПЦ «Экспресс», 2008. — 276 с.
5. Руденко, Э. В. Остеопороз у мужчин / Э. В. Руденко // Актуальные проблемы теории, практики медицины, подготовки научных кадров : сб. науч. тр.: в 2 т. / Белорус. мед. акад. последиплом. образования ; редкол.: А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2002. — Т. 1. — С. 244–247.
6. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture / E. A. Chrischilles [et al.] // *JAMA*. — 2001. — Vol. 285. — P. 320–323.
7. Epidemiology of fractures in Wales and England / T. P. vanStaa [et al.] // *Bone*. — 2001. — Vol. 29. — P. 517–522.
8. High-trauma fractures and low bone mineral density in older women and men / D. C. Mackey // *JAMA*. — 2007. — Vol. 298, № 20. — P. 2381–2388.
9. Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Статистические данные Мин. здравоохранения Респ. Беларусь. — Минск, 2011. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>. — Дата доступа: 12.06.2011.

Поступила 04.07.2011

УДК 615.37:616.523-08-071-036

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

О. А. Романива¹, И. А. Новикова²

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель
²Гомельский государственный медицинский университет

В работе представлены результаты исследования клинической эффективности иммунокоррекции ликопидом и полиоксидонием у 42 больных хронической рецидивирующей герпетической инфекцией тяжелого течения. Выявлены особенности патологического процесса, влияющего на эффект иммунокорректирующей терапии.

Ключевые слова: герпетическая инфекция, иммунокоррекция, клиническая эффективность.

MONITORING OF THE CLINICAL EFICASY OF IMMUNOCORRECTIVE THERAPY IN PATIENTS WITH RECURRENT HERPETIC INFECTION

O. A. Romaniva¹, I. A. Novikova²

¹Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel
²Gomel State Medical University

The article presents the results of the study of clinical efficiency for the immunocorrective therapy with lycopide and polyoxydonium in 42 patients with severe recurrent herpetic infection. The features of the pathological process which influences the effect of the immunocorrective therapy have been revealed.

Key words: herpetic infection, immunocorrection, clinical efficiency.

Герпетическая инфекция представляет собой серьезную клиническую и социальную проблему в связи с широким распространением, склонностью к рецидивирующему течению и низкой эффективностью существующих методов терапии. Учитывая важнейшую роль иммунной системы в контроле репликации и

диссеминации вируса, в схему лечения пациентов с герпетической инфекцией наряду со специфической терапией (герпетическая вакцина) рекомендуется включать иммуностропные препараты [1–6]. Кроме традиционно используемых препаратов интерферона и индукторов интерферона, широко внедряются сред-