

**Травматология**

**ЖӘНЕ**

**Ортопедия**

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

---

Ортан жіліктің орталыққа жақын орналасқан бөлігі сынған 110 пациентті емдеудің қорытындылары ұсынылды. 75 пациентте 8-ден 10 жылға дейінгі мерзімдегі тұспалданған қорытындылар зерттелді. 37 науқаста жағымды қорытынды алынған, қанағаттанарлық қорытындылар 25 пациентте болған, қанағаттанарлықсыз - 13 пациентте. Таяу уақытқа және тұспалданған қорытындыларды салыстырғанда жағымды және қанағаттанарлық қорытындылар 1,6-1,4 есе төмендегені, ал қанағаттанарлықсыз қорытындылар 2 есе өскені анықталды. Емдеудің өткен мерзіміне шолу жасау, ортан жіліктің орталыққа жақын орналасқан бөлігі сынған пациенттердің жасына және сынықтың сипаттамасына байланысты, емдеу тактикасында ерекше ықпалды талап ететінін көрсетті.

The results of treatment of 110 patients with fractures of proximal part of femoral bone are presented. Distant results in the period from 8 till 10 years were studied in 75 patients. Good results had been received in 37 patients, satisfactory - in 25, non-satisfactory - in 13. In comparison nearest and distant results it is marked that number of good and satisfactory results decreases in 1,6 - 1,4 time, and non-satisfactory increases in 2 time. The retrospective analysis by results of treatment showed, that fractures of proximal part of femoral bone in dependence from character of fracture and patients age require the differential approaches in tactics of treatment.

---

Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости является одной из актуальных проблем травматологии, ибо удельный вес этих повреждений особенно возрастает в группе лиц пожилого возраста. Так, на 10 000 населения в возрасте до 30 лет они регистрируются в 0,9 - 1,1 случаях, в возрасте до 50 лет - в 5 - 7,8, в возрасте до 60 лет - в 16 - 29, в возрасте до 80 лет - в 65 - 142. Необходимо отметить, что среди женщин старше 65 лет частота перелома в 2 раза выше, чем у мужчин этого же возраста. Эта закономерность свидетельствует о важной роли в генезе травм проксимального конца бедра эндогенных факторов, приводящих к снижению прочности кости. Известно, что у женщин в постменопаузальном периоде скелет

ежегодно теряет до 1% своей органической и неорганической основы [1,2,3].

Общий показатель летальности для лиц всех возрастов при этом виде травм составляет 11,9%, причем в ближайшие 6 месяцев умирают 6,1% пострадавших, а в течение последующих 2-х лет - 30%. Инвалидность среди впервые освидетельствованных с последствиями этих переломов достигает 15 %, из них лица трудоспособного возраста составляют 28% [4,5].

С того времени, когда Lambotte (1913), Groves (1916) и Smith-Peterson (1931) предложили скреплять костные отломки шейки и головки бедренной кости оригинальными конструкциями, были изобретены более сотни различных новых и модифицированных имплантатов направляющих устройств. Несмотря на

это, отдаленные результаты остаются неутешительными, и только 25% оперированных больных возвращаются к прежнему уровню полноценной жизнедеятельности [5].

В связи с этим, в основе качественного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости стоят следующие задачи - сохранение жизни пациента, создание условий для заживления переломов, полноценная жизнеобеспечивающая реабилитация и профилактика посттравматических осложнений. Основной целью при решении данной медико-социальной проблемы является возвращение больных к прежнему уровню жизненной активности, т.е. пожилые и старые люди должны быть независимыми в повседневном быту и необременительными для своих близких, а люди трудоспособного возраста должны вернуться к своей работе [5].

В настоящее время общепринятым методом лечения переломов проксимального отдела бедренной кости является хирургический. Однако, качество и количество современных хирургических технологий и имплантатов значительно выше качества и количества хороших результатов в области ортопедии поврежденных проксимального отдела бедренной кости [6,7].

Анализ зарубежной литературы показывает, что после хирургического лечения сращение наступает в 53 - 76,9% случаев. Среди осложнений отмечены повторное смещение фрагментов у 11,2-16,2 % пациентов, несращение перелома у 10,5 - 19,4 %, сегментарный коллапс головки бедра у 11 - 18 %. Большинство из этих осложнений зарегистрировано через 3, 13 и 24 месяцев после травмы [3,4,6,7].

Н.И. Кулиш с соавт. [8] указывает, что у всех больных со свежими переломами шейки бедренной кости наблюдается отрыв и интерпозиция капсулы сустава по окружности в виде "стягивающего кисета", что приводит к несращению, рассасыванию культи шейки бедра, развитию ложных суставов не только при консервативном методе лечения, но и при закрытом остеосинтезе. При этом частота неудовлетворительных результатов после первичного остеосинтеза достигает 25 - 39 % [5,9,10].

Все это заставляет подходить к лечению переломов проксимального отдела бедренной кости с позиции малоинвазивного остеосинтеза, сочетающего атравматичность со стабильностью, так как общепризнанные конструкции приводят дополнительно к разрушению костной ткани по периметру фиксатора и уменьшению объема биологически активной массы кости, необходимой для остеорепарации [11,12].

Цель настоящего исследования - это изучение ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости при использовании различных видов фиксаторов и способов остеосинтеза.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у 110 больных по материалам 3-ей городской больницы г. Петропавловска за период с 1990 по 2001 годы. Мужчин было 73, женщин - 37. Переломы проксимального отдела бедренной кости наблюдались преимущественно в возрасте от 51 до 70 лет и имели 69,2 % пострадавших, в возрасте от 71 до 80 лет - 15,4%, в возрасте до 50 лет - 13,6 % и в возрасте от 81 до 90 лет - 1,8 % .

Из 110 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, субкапитальные переломы наблюдались у 18 % больных, трансцервикальные - у 42,2 %, базальные - у 28,3 %, межвертельные - у 3,4%, чрезвертельные - у 4,5%, перелома-вывихи - у 3,6 %, т.е. в основном имели место трансцервикальные и базальные переломы (70,5 %).

В первые 3-ое суток оперированы 5 (4,5%) пациентов, на 7-10 сутки - 82 (74,5%), на 12-14 сутки - 13 (12%), на 15-19 сутки - 10 (9%).

Закрытый остеосинтез трехлопастным гвоздем выполнен был у 25 больных, пучком спиц - у 2, гвоздем Багычарова - у 5, пластинами АО - у 9, спонгиозными винтами - у 7. Открытый остеосинтез трехлопастным гвоздем осуществлен у 16 больных, пучком спиц с керамическим покрытием - у 24, гвоздем Багычарова - у 9, Г-образной пластиной - у 7, спонгиозными винтами - у 6.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ближайшем периоде после закрытого остеосинтеза хорошие результаты наблюдались у 38 (79,2%) пострадавших, удовлетворительные - у 9 (18,8%), неудовлетворительный - у 1 (2%) (наступило смещение костных отломков в связи с миграцией трехлопастного гвоздя), а после открытого остеосинтеза хорошие результаты имелись у 42 (67,7%) пострадавших, удовлетворительные - у 15 (24,2%), неудовлетворительные - у 5 (8,1%) (в послеоперационном периоде - нагноение раны). В первые 5 месяцев после выписки из стационара умерли 3 (2,7%) больных, в течение 1 года - 7 (6,4%), в течение 8-10 лет - 22 (20%).

Отдаленные результаты в сроки от 8 до 10 лет были изучены у 75 (96,2%) пациентов. Хорошие результаты получены у 37 (49,3%) больных, удовлетворительные - у 25 (33,3%), неудовлетворительные - у 13 (17,3%). Сращение наступило у 60 (80%) пациентов, у 2 (2,7%) - развился асептический некроз головки, у 10 (13,3%) с субкапитальным переломом - сращение не наступило, у 2 (2,7%) с трансцервикальным переломом - наблюдалась миграция конструкции, что привело к

смещению отломков и развитию ложного сустава, у 1 (1,3%) - после нагноения операционной раны развился остеомиелит головки бедренной кости. Из 13 больных с неудовлетворительными результатами у 3 фиксация перелома осуществлялась трехлопастным гвоздем, у 2 - пучком спиц, у 8 - спонгиозными винтами.

При сравнении ближайших и отдаленных результатов отмечено, что число хороших и удовлетворительных результатов снижается в 2,2 - 1,0 раза, а число неудовлетворительных увеличивается в 2 раза.

Ретроспективный анализ неудовлетворительных результатов оперативного лечения проксимального отдела бедренной кости показал, что существенной разницы между результатами открытого и закрытого остеосинтеза не наблюдается, так после закрытого остеосинтеза асептический некроз имел место у 2 пациентов, несращение перелома - у 7. После открытого остеосинтеза шейки бедра несращение перелома наблюдалось у 5 больных, нагноение послеоперационной раны - у 5, что привело в последствии у 1 больного к развитию остеомиелита головки бедренной кости. Однако по способу фиксации имеются различия. Так, из 13 пациентов с несросшимся переломом и ложным суставом фиксацию осуществляли у 7 пациентов спонгиозными винтами, у 4 - трехлопастным гвоздем, у 1 - пучком спиц, т.е. применение металлоемких имплантатов привело к дополнительному разрушению костной ткани и не обеспечило оптимальных биомеханических условий для остеорегенерации. Кроме этого, из 13 больных у 9 имелся субкапитальный перелом шейки бедра, у 3 - трансцервикальный перелом, у 1 - базальный перелом (в послеоперационном периоде у которого развился остеомиелит головки бедренной кости).

## ВЫВОДЫ

1. Проведенные исследования показали, что переломы проксимального отдела бедренной кости в зависимости от характера перелома и возраста пациента требуют дифференцированных подходов в тактике лечения.

2. Пациентам старше 60 лет с целью раннего восстановления опороспособности конечности и для сохранения жизни необходимо осуществлять срочный остеосинтез в первые 6-8 часов, с использованием имплантатов, не только выполняющих роль надежных фиксаторов, но и не наносящих дополнительную травму костной ткани шейки и головки бедренной кости.

3. Применение ангулярных пластин с диафизарной накладкой следует использовать при лечении пациентов молодого и среднего возраста, так как данная операция отличается травматичным операционным доступом.

4. Отдаленные результаты исследования показали, что при лечении субкапитальных переломов бедренной кости количество неудовлетворительных

результатов имеет тенденцию к росту, по сравнению с трансцервикальными, базальными и вертельными переломами проксимального отдела.

5. Хорошие и удовлетворительные результаты при лечении переломов проксимального отдела бедренной кости зависят не только от технического совершенства имплантатов, но и от выбора метода лечения в каждом конкретном случае.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Falch J.A., Giebekk A., Slungaard G. *Epidemiology of hip fractures in Norway // Acta orthop. scand. - 1985. - Vol. 56. - № 2. - P. 12 - 16.*

2. Mannius S., Mellstrom D., Oden A. et al. *Incidence of hip fracture in western Sweden 1974-1982 // Acta orthop. scand. - 1987. - № 1. - P. 38 - 42.*

3. Hedlund R., Lindgren U., Ahlkom A. *Age- and Sexspecific incidence of femoral neck and trochanteric fractures // Clin. Orthop. - 1987. - Vol. 222. - P. 132 - 139.*

4. Swanson A.J.G., Murdoch G. *Fractures neck of femur pattern of incidence and implications // Acta orthop. scand. - 1983. - Vol. 54. - P. 348 - 355.*

5. Загородний Н.В., Сергеев С.В., Фурдюк В.В., Абдулхабилов М.А., Дирин В.А., Белозеров А.А. *Хирургическое лечение переломов проксимального отдела бедренной кости: учебно-методическое пособие. - Москва, 2000. - 18 с.*

6. Holmberg S., Thomgren K.G. *Statistical analysis of femoral neck fractures based on 3053 cases // Clin. Orthop. - 1987. - Vol. 218. - P. 32 - 32.*

7. Hogg J., Lund R., Lucht U. *Trochanteric and Subtrochanteric fractures. The operative results in a prospective and comparative of study of Enter nailing and McLaughlin Osteosynthesis // Acta orthop. scand. - 1981. - № 52. - P.639 - 639.*

8. Кулиш Н.И., Филиппенко В.А., Танькут В.А., Хвасюк А.Н., Истомин А.Г., Жигун А.И., Михайлюк В.Т. *Хирургические операции на тазобедренном суставе. - Харьков, 1998. - 102 с.*

9. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. *Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости. - Киев, 1993. - С. 3-4.*

10. Зверев Е.В., Евстратов В.Г., Ремизов В.Г. *Биомеханическое и анатомоморфологическое обоснование остеосинтеза пучком спиц при медиальных переломах шейки бедра // Функциональные методы лечения переломов: Сб.науч. тр.- Ярославль, 1990. - С. 114-117.*

11. Оспанов К.Т., Батпенов Н.Д., Раймагамбетов Е.К. *Сравнительные результаты хирургического лечения переломов шейки бедренной кости // Медицина и экология. - 2003. - №2. - С. 56-61.*

12. Войтович А.В. *Оперативное лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в системе медицинской реабилитации: автореф. ... д-ра мед. наук.- СПб, 1994. - 24 с.*