

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОКОЛОСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кауц О.А., Барабаш Ю.А., Русанов А.Г., Барабаш А.П.

ФГУ «СарНИИТО» Минздравсоцразвития Российской Федерации, отдел новых технологий в травматологии, г. Саратов.

Проблема лечения больных с околосуставными переломами проксимального отдела бедренной кости в настоящее время остаётся актуальной. По данным разных авторов, переломы проксимального конца бедренной кости составляют в настоящее время от 15 до 45% в структуре всех переломов скелета у больных старших возрастных групп (Городниченко А.И. и соавт., 2006; Котельников Г.П. и соавт., 2008; Geiger F. et al., 2006). Околосуставные (латеральные, вертельные) переломы проксимального отдела бедренной кости составляют от 20 до 36% всех переломов бедра и возникают чаще в старческом возрасте (60%), чем в пожилом (40%). В более молодом возрасте околосуставные переломы проксимального отдела бедренной кости наблюдаются значительно реже, хотя в последние годы некоторыми исследователями отмечается тенденция к их «омоложению» (Киричек С.И., 2002).

Неудовлетворительные результаты лечения (несращение и развитие ложных суставов) составляют от 16 до 40,1% (Волков М.В. и соавт., 1996), а летальность среди них достигает 12-15% (Von Meibom N. et al., 2007).

В связи с этим при лечении переломов проксимального отдела бедренной кости наиболее целесообразным является оперативный метод, так как он позволяет добиться точной репозиции и надежной фиксации отломков, улучшает качество жизни больных, резко сокращает время пребывания их в стационаре за счет ранней активизации. Целью исследования является выбор оптимальной методики хирургического лечения с фиксацией отломков в стабильном положении.

На основании лечения 132 больных нами проанализирована и обоснована целесообразность дифференцированного применения различных методов оперативного лечения у больных с внесуставными переломами проксимального отдела бедренной кости. Чрескостный управляемый остеосинтез аппаратом МКЦ-01 (по патенту РФ № 2223702) выполнен 48 больным, остеосинтез с помощью динамической бедренной системы (DHS) – 60, интрамедуллярный блокированный остеосинтез – 24.

### Распределение больных по типу остеосинтеза в зависимости от пола и возраста:

Вид остеосинтеза	пол		Ср.возраст (лет)
	муж	жен	
Чрескостный остеосинтез	26 (54,2%)	22 (45,8%)	68±1
Динамический остеосинтез	36 (60%)	24 (40%)	45±2,1
Интрамедуллярный блокированный остеосинтез	14 (58,3%)	10 (41,7%)	55±1,3

В ходе проведенного сравнительного анализа анатомо-функциональных исходов лечения отмечено, что чрескостный остеосинтез малотравматичен и показан пациентам пожилого и старческого возраста (средний возраст 68±1 лет), отягощённых тяжелой сопутствующей патологией (в 70,8% наблюдений). Чрескостный остеосинтез возможен при отсутствии значительного смещения отломков. Восстановление биомеханических показателей (степени опорности и коэффициента ритмичности ходьбы) наблюдается при чрескостном остеосинтезе к 7,5 месяцам после операции.

Остеосинтез конструкцией DHS рекомендован пациентам более молодого возраста.

Динамическая фиксация эффективна при переломах со значительным смещением отломков, а также при застарелых переломах, ложных суставах вертельной области. Восстановление биомеханических показателей при этом происходит к 6 месяцам.

Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез показан при оскольчатых подвертельных переломах с продолжением линии излома на диафиз бедра. Преимущество динамической фиксации отмечено также при остеосинтезе латеральных переломов блокированными конструкциями. Биомеханические показатели приходили к норме к 6-6,5 месяцам после операции.

Таким образом, использование современных конструкций и технологий при остеосинтезе латеральных переломов проксимального отдела бедренной кости позволяет добиться хороших функциональных и анатомических результатов в 84-88,3% случаев. Динамическая фиксация предполагает пролонгированную самокомпрессию отломков бедра, что положительно сказывается на репаративной регенерации, соответственно сокращаются сроки сращения переломов и реабилитации больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.

6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 2. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.