



УДК 616.718.42-001.5-089-053.9

В.С. Яковлев, Ю.В. Ярошенко, Л.Н. Белобратова,
М.И. Жарикова, Н.А. Тарнавский, Л.П. Сухоносов,
А.Н. Исаков, В.К. Ко, С.А. Теряев, Е.М. Савченко

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница №1, г. Хабаровск

В травматологии пожилого возраста по-прежнему актуальной остается проблема лечения больных с переломом проксимального отдела бедренной кости. Легкость, с которой у пожилых людей возникают переломы шейки бедра, объясняется остеопорозом, уменьшением упругости костей, увеличением ломкости верхнего конца бедренной кости. По данным травматологической клиники ЦИТО, среди больных с переломами бедра 28,8% — пациенты пожилого и старческого возраста. По отношению к переломам нижних конечностей переломы бедра составили 57,9% [2]. Более 80% всех больных в возрасте 60 лет и старше, умерших в стационаре ЦИТО, имели перелом проксимального конца бедренной кости. На возраст 60 лет и старше приходится 65% от всех случаев переломов шейки бедра. У женщин такие переломы встречаются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин.

Все медиальные (внутрисуставные) переломы делятся на два основных вида:

а) абдукционные, или вальгусные (шеечно-диафизарный угол при этих переломах остается нормальным или несколько увеличивается; такие переломы всегда бывают вколооченными);

б) аддукционные, или варусные (шеечно-диафизарный угол при этих переломах вследствие смещения бедра кверху уменьшается и приближается к прямому; такие переломы никогда не бывают вколооченными).

Плоскость перелома вне зависимости от уровня перелома шейки бедра в одних случаях приближается к горизонтальной, в других — к косой и вертикальной.

Костное сращение отломков при переломах шейки возможно только первичным или прямым заживлением перелома. Это достигается лишь при точном сопоставлении, плотном соприкосновении, полном и длительном обездвиживании отломков. Основным методом лечения аддукционных переломов шейки бедра, а также абдукционных переломов с вертикальной линией перелома является оперативный вследствие высокой вероятности расклинивания отломков.

В лечении переломов шейки бедра необходимо учитывать особенности кровоснабжения указанной зоны. Оно осуществляется за счет сосудов капсулы сустава и связки головки. Питание головки и проксимального отдела шейки бедренной кости значительно страдает от разрыва сосудов, проходящих в

синовиальных складках. При субкапитальных переломах шейки кровоснабжение ее происходит через сосуды связки головки. В пожилом возрасте эти сосуды зачастую облитерованы, в связи с чем наступает асептический некроз головки, несращение перелома. Чаще это происходит при консервативном методе лечения.

Основным методом лечения переломов шейки бедра все чаще является закрытый внесуставной остеосинтез трехлопастным гвоздем Смит-Петерсена. В связи с малой травматичностью у пожилых людей внесуставной остеосинтез является методом выбора.

Необходимо отметить, что и после остеосинтеза различными видами фиксации (при помощи трехлопастного гвоздя, шурупа, компрессирующего винта и т.д.) в 10-20% случаев костного сращения не наступает [1]. Большинство несращений является результатом оперативно-технических ошибок (недостаточная репозиция отломков, наличие между ними диастаза, неправильное введение фиксатора, плохая фиксация отломков) и неправильного ведения больных в послеоперационном периоде (ранняя осевая нагрузка). Большое значение в несращении перелома имеет тяжелое расстройство кровообращения головки и шейки бедренной кости.

В отделении травматологии Краевой клинической больницы №1 при лечении свежих переломов шейки бедра применяется методика оперативного лечения переломов шейки бедра трехлопастным стержнем Смит-Петерсена в сочетании с аутопластикой трансплантатом из большеберцовой кости. Трехлопастной гвоздь из нержавеющей стали благодаря своей форме при введении в отломки ми-

Распределение больных по половому признаку
и возрастным группам

Возраст, лет	Количество больных	Мужчины	Женщины
20-29	2	2	—
30-39	3	2	1
40-49	3	1	2
50-59	5	3	2
60-69	20	7	13
70 и более	4	—	4
Всего	37	15 (40,7%)	22 (59,3%)
До 60 лет	13 (35,2%)		
После 60 лет	4 (64,8%)		

нимально травмирует костную ткань, крепко удерживается в кости и фиксирует отломки, а после небольшой технической доработки служит направителем для проведения костного трансплантата. Костный аутотрансплантат, перекрывая линию перелома, дополнительно обеспечивает стабильность отломков, препятствует миграции стержня и является стимулятором процесса васкуляризации и регенерации костной ткани. Реваскуляризация области перелома происходит путем прорастания сосудов через трансплантат, а в ряде случаев — благодаря образованию анастомозов сосудами воспринимающего ложа. Эти процессы препятствуют возникновению асептического некроза головки бедра и способствуют построению костной ткани в месте перелома.

В основу анализа положены данные о 37 больных, находившихся на лечении в травматологическом отделении ККБ №1 с 1995 по 1999 г. По экстренным показаниям поступило 11 больных (29,6%), остальные переведены в травматологическое отделение из районных больниц в плановом порядке. Данные по половому признаку и возрастным группам представлены в таблице.

Все больные были прооперированы по принятой в отделении методике остеосинтеза трехлопастным штифтом Смит-Петерсена по закрытому способу с костной аутопластикой. В 1995 г. проведено 7 таких операций, в 1996 г. — 6, в 1997 г. — 4, в 1998 г. — 5, в 1999 г. — 15. Они составили 10,5% от общего количества операций, произведенных в травматологическом отделении за период с 1995 по

1999 г. Среднее время пребывания больных на койке составило 31 день.

Отдаленные результаты прослежены у 37 больных. Срок наблюдения составил от 2 до 5 лет. Сращение перелома с хорошим и удовлетворительным функциональным исходом отмечено у 34 больных, что составило 91,9%, неудовлетворительный результат — у 3 больных (8,1%). Причиной неудовлетворительного результата в 2 случаях был сахарный диабет с явлениями артропатии и нейровазотрофическими нарушениями, у 1 больного оперативное вмешательство было выполнено на фоне постинсультного гемипареза.

Таким образом, применение костного аутотрансплантата при оперативном лечении переломов шейки бедра у лиц пожилого возраста внеставальным остеосинтезом по Смит-Петерсену обеспечивает:

- дополнительную фиксацию костных отломков и металлоконструкций;
- улучшение процессов васкуляризации проксимального отдела бедра, снижая риск развития асептического некроза головки бедра;
- стимуляцию остеогенеза в месте перелома;
- высокий процент хороших и удовлетворительных результатов (91,9%).

Л и т е р а т у р а

1. Каплан А.В. Травматология пожилого возраста. М., 1977.
2. Лирцман В.М. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра и их лечение: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1962.



УДК 618.31-08-07

К.С. Шустрова, А.В. Чирков,
Т.И. Нешатаева, М.Р. Ким

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
МУЗ "Родильный дом №1", г. Хабаровск

Основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста является внематочная беременность (ВБ). За последнее десятилетие наблюдается явная тенденция к увеличению частоты данной патологии. В этиологии ВБ ведущее место занимают воспалительные процессы тазовых органов (особенно инфекции, передающиеся половым путем), abortionы, использование внутриматочных контрацептивов и др. [1-3]. В некоторых стра-

нах ВБ является основной причиной материнской смертности. Так, за последние пять лет удельный вес ВБ в структуре материнской смертности по РФ колеблется от 7,1 до 8,5%, по Хабаровскому краю — от 12,3 до 23,1%. Это обусловлено трудностями дифференциальной диагностики данной патологии с другими заболеваниями.

На основании вышеизложенного целью исследования явилось проведение ретроспективного ана-