



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. Сухоносков,
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 вколоченными);

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

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 расклинения 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 облитерированы, 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%)		

