

УДК 616.718.42-001.5-089.84:615.465

ФІЛЬ Ю.Я., ФІЛЬ А.Ю.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ РІЗНИМИ МЕТОДАМИ

Резюме. У статті наведені дані ефективності лікування пацієнтів із переломами шийки стегнової кістки (ШСК) консервативними та оперативними методами, з аналізом віддалених результатів. Результати аналізу свідчать про проблему лікування хворих із переломами ШСК, що на сьогодні залишається невирішеною у зв'язку з недосконалістю відомих методів лікування.

Ключові слова: переломи шийки стегнової кістки, консервативне, оперативне лікування, металоостеосинтез.

Актуальність проблеми лікування переломів проксимальної частини стегнової кістки, а особливо переломів шийки стегнової кістки (ШСК), що становлять 25 % від усіх переломів, не викликає сумнівів. Консервативні методи лікування (скелетне витягнення та деротаційна пов'язка Кейфера та ін.) не створюють необхідних умов для репозиції та фіксації відламків та консолидації перелому. Зрощення відбувається тільки в 10–12 % випадків, унаслідок довготривалого ліжкового режиму летальність сягає 21,2 %. У зв'язку з цим основним методом лікування цих переломів є оперативний (як вогнищевий, так і позавогнищевий), що забезпечує достатньо точну репозицію, стабільну фіксацію відламків, міжвідламкову компресію, можливість ранньої активізації постраждалих; при цьому консолидація переломів досягається в переважній більшості випадків (до 80 %), скорочуються терміни реабілітації хворих [5].

Проблема лікування хворих із переломами проксимального відділу стегнової кістки, згідно з даними багатьох авторів, є не тільки медичною проблемою, а й соціальною. Пов'язана вона зі збільшенням питомої ваги людей похилого та старечого віку. Так, щороку в Сполучених Штатах Америки реєструється 350 000 випадків переломів проксимального відділу стегнової кістки, а в країнах Західної Європи — 500 000 випадків на рік. Особливістю цих переломів є те, що трапляються вони в 90 % випадків в осіб віком понад 65 років [2, 3].

Про переваги оперативного лікування хворих із переломами шийки стегнової кістки свідчать показники летальності в перші 6 міс. після травми. При консервативному летальність становить 25–40 %, при оперативному зменшується до 12–15 % [4, 5].

Однак при остеосинтезі шийки стегнової кістки добрі результати гарантовані тільки в 50 % випадків, у 33 % спостерігаються незрощення відламків, а в 16 % настає аваскулярний некроз голівки стегнової кістки,

у кожного третього оперованого хворого необхідна повторна операція [1, 5].

Мета дослідження — на основі аналізу віддалених результатів визначити ефективність лікування пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки консервативними та оперативними методами.

Матеріали та методи

В аналізі взяли участь 90 хворих, оперованих у 8-й комунальній клінічній лікарні м. Львова в період 2007–2008 рр. Хворих розподілили на 2 групи і розіслали анкети з запитаннями. Анкета включала такі запитання: 1. Чи ви ходите: за допомогою милиць, без милиць? 2. Через скільки місяців після операції почали ходити: 2, 3, 4, 6 місяців? 3. Чи утримуються болі в кульшовому суглобі? 4. Об'єм рухів у пошкодженій кінцівці: повний, обмежений? 5. Який об'єм роботи ви виконуєте: працюєте по господарству? 6. Чи задоволені результатом лікування?

Відповідно до класифікації Мюллера (1983), переломи шийки стегна розподілялися так: субкапітальні переломи B1.1, B1.2 — 50 (55 %), базисцервікальні — трансцервікальні B2.2 — 40 (45 %). При визначенні показників для виконання остеосинтезу або ендопротезування користувалися класифікацією Garden (1964). Так, протипоказанням до остеосинтезу вважали повне розходження фрагментів, зміщення трабекулярного пучка й ризик розвитку асептичного некрозу (Garden IV). У таких випадках віддавали перевагу первинному ендопротезуванню. При виборі типу фіксатора, як і інші автори, користувалися класифікацією Pauwels.

Стан здоров'я пацієнта до операції оцінювали за даними клінічного, параклінічного обстеження, висновку терапевта, а також спеціалістів вузького профілю (за показаннями). Тільки 20 (23 %) постраждалих були соматично здоровими й не потребували постійного прийому лікарських засобів. У решти пацієнтів зареєстровані різні супутні патології, характерні для хворих похилого

Таблиця 1. Аналіз результатів лікування хворих із переломами шийки стегнової кістки різними способами

Методи лікування	Кількість хворих	Результати лікування			
		Відмінні	Добрі	Задовільні	Незадовільні
Дерот. чобіток	10	–	–	4	6
Спонг. гвинти	24	2	8	9	5
ДСС	9	–	3	4	2
Кут. пластина	5	–	1	3	2
Пучок спиць	2	–		1	1
Всього	50	2	11	21	16

та старечого віку. Контрольні рентгенограми оцінювали за такими параметрами: стан суглобової щілини, конгруентність суглобових поверхонь, наявність періартикулярних остефітів, гетероосифікатів, наявність варусу, стан кісткової мозолі, наявність остеопору. Для оцінки кульшового суглоба використовували шкалу Harris, що враховує біль, функцію, наявність та відсутність деформації, амплітуду рухів.

Першу групу становили 50 осіб, які відіслали відповіді на запитання анкети, другу групу — 40 осіб, які не відповіли на запитання.

Із 90 хворих 59 (65,5 %) були старшими за 60 років. Середній вік постраждалих у першій групі — 67 років, у 2-й групі — 65 років. У кожній групі понад 2/3 становили жінки.

Для вибору методу оперативного втручання ми використовували класифікацію Гардена (1964), а саме при Гарден III–IV та в осіб віком 50 років і більше перевага віддавалася первинному ендопротезуванню.

Віддалені результати лікування в терміні від 2 до 3 років вивчені в 50 хворих згідно з заповненими хворими чи їх родичами анкетами, що були розіслані за адресами лікованих пацієнтів у нашій клініці.

Консервативне лікування отримали 10 пацієнтів (20 %).

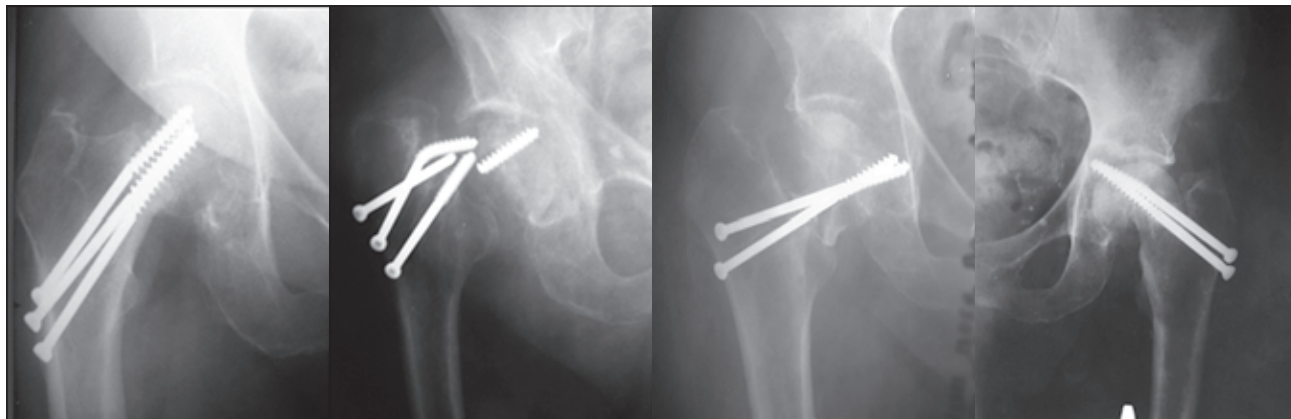
Види остеосинтезу, що проводилися хворим, були такими: спонгіозні гвинти за АО — 24 пацієнти (48 %), динамічна стегнова система — 9 (18 %), кутова пластина — 5 (10 %), пучок спиць — 2 (4 %) хворі.

Результати і обговорення

Практика використання спонгіозних гвинтів для остеосинтезу шийкових переломів використовується близько 15 років. Перевага цього методу остеосинтезу полягає в малоінвазивності методики та короткотривалості операції. Хірургічний доступ довжиною до 2–3 см виконували в підвертлюжній ділянці. Використання електронно-оптичного перетворювача значно скорочує тривалість хірургічного втручання та дозволяє адекватно визначити напрямок введення фіксаторів. Для забезпечення роботи методики основною умовою було проведення всіх гвинтів паралельно один одному ближче до дуги Адамса, де навіть при зниженні кісткової маси щільність спонгіозної тканини завжди найбільша. Важливою особливістю є проходження різьбової частини гвинта за місце перелому.

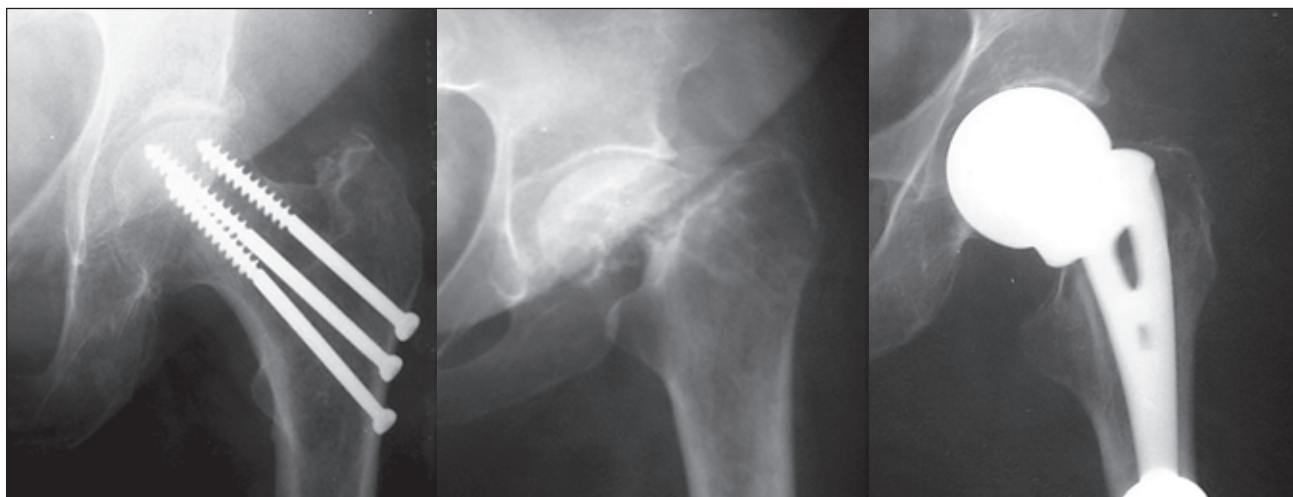
Унаслідок різних соматичних захворювань у термін від одного до двох років померли 5 (5,5 %) хворих. Із них двоє були оперовані із застосуванням спонгіозних гвинтів, 3 пацієнти у зв'язку з супутньою серцево-судинною патологією лікувалися консервативно з накладанням деротатійної гіпсової пов'язки.

З 50 заповнених анкет ми отримали такі дані: через 2 місяці після оперативного втручання розпочали ходити за допомогою милиць або 4-опорної рами 7 пацієнтів, через 3 місяці — 3, через 4 місяці — 3, і більше 6 місяців — 13. Із них 14 пацієнтів через 6 міс. ходили без допоміжних засобів. На момент заповнення анкети на болі в кульшовому суглобі скаржилися 19 осіб (38 %), у 31 (62 %) болі були відсутні. Повний об'єм рухів у кульшовому суглобі виявлений у 22 (44 %) хворих, у 28 (56 %) амплітуда рухів знижена. Працює по господарству 21 особа (42 %), 39 (59 %) можуть самостійно пересуватись у домашніх умовах. На запитання, чи задоволений пацієнт результатом лікування, 29 (58 %) респондентів відповіли «так», 21 (42 %) — «ні».

**Рисунок 1. Клінічні випадки. Негативні результати лікування переломів ШСК із застосуванням спонгіозних гвинтів**

За даними анкетування, результати металоостеосинтезу (МОС) при переломах шийки стегнової кістки тільки в 68 % пацієнтів мали позитивний результат, із них тільки у 6 % вони були відмінними, в 11 % — добрими, у 50 % — задовільними, у 32 % — негативними. Негативні результати різних видів МОС можна розподілити так: спонгіозні гвинти — 21 %, ДСС — 22 %, кутова пластина — 40 %, пучок спиць — 50 %. Загальний аналіз консервативного лікування: у 40 % пацієнтів задовільний результат, у 60 % — незадовільний.

Таким чином, за даними анкетування хворих із переломами ШСК, лікованих у нашій клініці у 2007–2008 рр., найефективнішим виявився метод МОС спонгіозними гвинтами — 79 % задовільних та 21 % незадовільних результатів. Короткотривалість оперативного втручання та малоінвазивність даного методу не піддається сумніву, до недосконалостей металоконструкції можна віднести відсутність фіксації в основі. Дана конструкція не витримує сил скручування. Отже, досить великий відсоток негативних



а) б) в)
Рисунок 2: а) МОС гвинтами, б) видалення гвинтів, псевдоартроз, асептичний некроз, в) геміалопластика

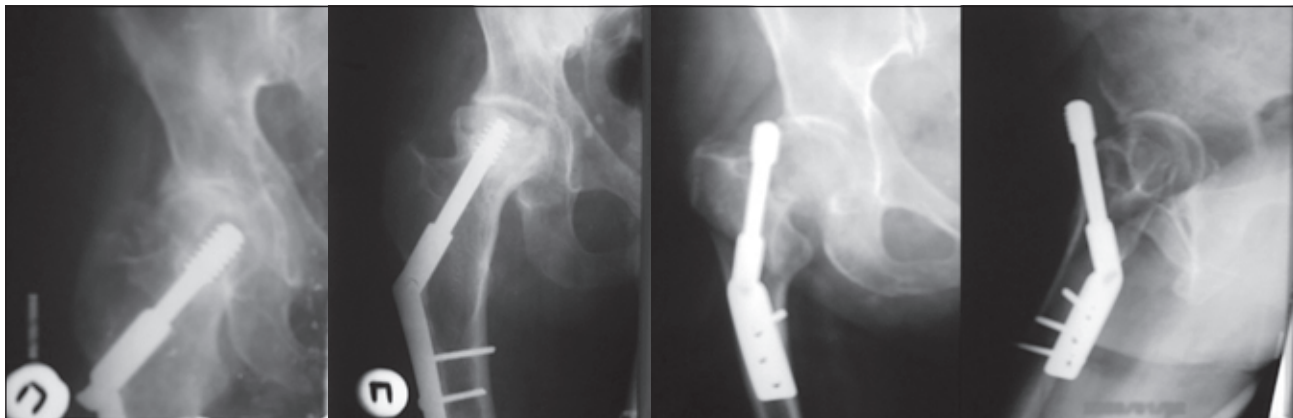


Рисунок 3. Клінічні приклади. Негативні результати лікування хворих ДС-конструкцією

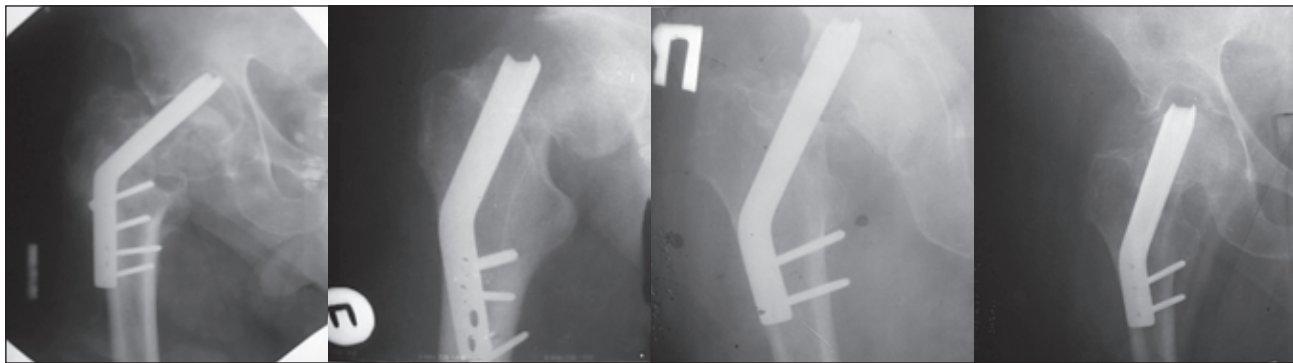


Рисунок 4. Клінічні випадки. Негативні результати лікування хворих МОС кутовою пластиною

результатів не може свідчити про бездоганність даного виду лікування.

При МОС динамічною стегною системою, у якій на відміну від спонгіозних гвинтів фіксація в основі гвинта наявна, через масивну різбову частину гвинта, що спричиняє дефіцит кісткової маси, відзначено 22 % негативних результатів. МОС кутовою пластиною дав негативний результат у 40 % випадків. На нашу думку, метод лікування переломів В2-3 є досить травматичним, клинок даної металоконструкції розколює і так пошкоджену головку.

Таким чином, на основі аналізу отриманих відповідей на запитання анкети хворих із переломами шийки стегнової кістки можна констатувати:

— переломи шийки стегнової кістки залишаються тяжкою травмою, що викликає погіршення загального стану пацієнта та призводить до інвалідності в 60 % випадках, які лікувалися консервативно;

— відомі на сьогодні металоконструкції не повністю забезпечують необхідну стабільність, мають здатність до міграції та руйнування металоконструкції, за даними нашого дослідження отримано 32 % негативних результатів;

— лікування переломів ШСК залишається великою невирішеною проблемою та дає можливість пошуку альтернативних методів лікування, інноваційних технологій, нових металоконструкцій;

— оперативне лікування людей літнього віку з переломами ШСК залишається життєво важливим заходом, що дозволяє скоротити тривалість перебування хворого

на лікарняному ліжку, відновити опірність кінцівки та дає можливість ранньої вертикалізації пацієнта.

Список літератури

1. Кривова А.В., Тимаев Р.В., Родионова С.С. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедра в популяции города Твери // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2006. — № 2. — С. 17-20.
2. Лоскутов А.Е., Олейник А.Е. Эндопротезирование при переломах проксимального метадиафиза бедренной кости на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2010. — № 1. — С. 3-26.
3. Лоскутов А.Е., Олейник А.Е., Дегтяр А.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава при осложнениях металлоостеосинтеза переломов шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2009. — № 2. — С. 9-12.
4. Музарбеков И.А. Исходы лечения медиальных переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста при разных методах остеосинтеза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2006. — № 3. — С. 22-26.
5. Травматология и ортопедия. — Т. 3 / Под ред. Н.В. Корнилова, Э.Г. Грязнухина. — Санкт-Петербург: Гиппократ, 2008. — 1053 с.

Отримано 30.11.11 □

Филь Ю.Я., Филь А.Ю.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ РАЗНЫМИ МЕТОДАМИ

Резюме. В статье представлены данные эффективности лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости (ШБК) консервативными и оперативными методами, с анализом отдаленных результатов. Результаты анализа свидетельствуют о проблеме лечения больных с переломами ШБК, которая сегодня остается нерешенной в связи с несовершенством известных методов лечения.

Ключевые слова: переломы шейки бедренной кости, консервативное, оперативное лечение, металлоостеосинтез.

Fil Yu. Ya, Fil A. Yu.

Lviv National Medical University named after Danylo Galytsky, Lviv, Ukraine

ANALYSIS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SUBCAPITAL FRACTURES WITH DIFFERENT METHODS

Summary. In the article there are presented the data on efficacy of treatment of patients with subcapital fractures by conservative and surgical methods, with analysis of remote results. Analysis results testify to problem of treatment of patients with subcapital fractures that is now still unsolved owing to imperfection of common methods of treatment.

Key words: subcapital fractures, conservative, surgical treatment, osteosynthesis.