

УДК 617.582.5-001.5-089.819

БИТЧУК Д.Д., БИТЧУК Дм.Д., ПАЛАМАРЧУК В.В., ГАРКУША М.А., ИСТОМИН Д.А.
Харьковский национальный медицинский университет

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Резюме. В статье представлены результаты малоинвазивного оперативного лечения больных с медиальными переломами шейки бедренной кости. Полученные результаты существенно не отличаются от результатов применения других методов оперативного лечения, а малоинвазивность позволяет активизировать больного в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: перелом, шейка бедренной кости, малоинвазивный остеосинтез.

Введение

Медиальные переломы шейки составляют 25 % всех переломов бедренной кости.

Лечение переломов шейки бедренной кости является одной из наиболее важных как медицинских, так и социальных проблем в условиях современной травматологии в связи с распространенностью травм и частыми неудовлетворительными исходами лечения [1, 5, 9].

Большинство больных с этой травмой — лица пожилого и старческого возраста. Вследствие этого в процессе лечения необходимо учитывать возрастные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, внутренних органов, наличие сопутствующих заболеваний, усугубляющих прогноз лечения в целом.

Установлено, что у мужчин в возрасте от 60 до 80 лет соотношение шеечных и вертельных переломов примерно одинаково. У женщин же переломы шейки бедренной кости преобладают во всех возрастных группах за исключением престарелых, удваиваясь каждые 5–6 лет [4].

Известные методики консервативного лечения больных с переломами шейки бедренной кости связаны с длительным постельным режимом или применением иммобилизации. Основной контингент больных помимо перелома имеет сопутствующие заболевания. Травма, как неспецифический раздражитель, а в последующем длительный постельный режим ведут к их обострению и летальному исходу от присоединившихся осложнений. В структуре причин смерти у таких больных 55 % занимают пневмонии, 20 % — тромбоэмболии, в 10 % — септические состояния вследствие пролежней [2, 3, 6].

Открытые методики оперативного лечения и эндопротезирование требуют тщательной предоперационной подготовки, а травматичность операции при переломах этой области не всегда позволяет выполнить оперативное лечение больных с тяжелой сопутствующей патологией.

Основными направлениями повышения эффективности лечения больных с медиальными переломами шейки бедренной кости являются:

1. Разработка рациональной программы клинического обследования, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с целью профилактики осложнений в ближайшем периоде и в отдаленные сроки.

2. Дальнейшее изучение причин развития поздних осложнений (несращения, ложные суставы, асептический некроз и деформирующий артроз) и разработка комплекса организационных и лечебных мероприятий, направленных на их предупреждение.

3. Дальнейшее совершенствование средств хирургического лечения с учетом предъявляемых требований (снижение травматичности, упрощение техники операции).

Целью работы является обоснование эффективности применения малоинвазивных технологий остеосинтеза при медиальных переломах шейки бедренной кости.

Материал и методы

За 2010–2011 годы на базе травматологических отделений ХГКБ СНМП прооперировано 182 больных с медиальными переломами шейки бедренной кости в возрасте от 46 лет до 91 года. Средний возраст пациентов составлял 68,5 года. Среди них больных женского пола — 128 (70,3 %), мужского — 54 (29,7 %). Средний период от момента травмы до выполнения остеосинтеза — 4,7 дня. Средний дооперационный койко-день — 3,9 дня. Оценку лечения проводили по шкале Харриса. Средняя длительность пребывания в стационаре у больных с переломами шейки бедренной кости составила 10,6 дня.

Больные при поступлении осматривались терапевтом, консультировались смежными специалистами в зависимости от сопутствующей патологии, им выполнялась электрокардиография, проводились стандартные лабораторные

исследования. В предоперационной подготовке — экстензионный метод лечения или деротационная фиксация. В отделении женщинам при наличии в анамнезе менопаузы и низкоэнергетических переломов или сопутствующих заболеваний, приводящих к вторичному остеопорозу, проводилась компьютерная рентгеноденситометрия. При показателе Т-критерия 2,5 и выше или 2,0 и выше у больных с вторичным остеопорозом применялась консервативная методика лечения с использованием остеотропных препаратов.

Результаты и их обсуждение

При лечении медиальных переломов шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста вправ-

ление перелома достигалось за время от нескольких часов до 3—5 суток и контролировалось рентгенографией в двух проекциях. Применялась методика чрескожного металлоостеосинтеза при лечении медиальных переломов шейки бедренной кости у больных пожилого возраста, разработанная на кафедре ортопедии и травматологии Харьковского медицинского института в 1986 году В.И. Пастухом, Д.Д. Битчуком, В.Ф. Трубниковым (рис. 1) и применяемая в травматологических клиниках. За время применения прооперировано более 2500 пациентов [8]. Металлические фиксаторы, направители, кондукторы с течением времени усовершенствовались, что позволяло сократить продолжительность опера-



Рисунок 1. Закрытый медиальный перелом шейки правой бедренной кости со смещением отломков. Рентгенограммы больной В., 61 год: А) рентгенограмма до операции; Б) интраоперационные; В) через 3 месяца; Г) через 6 месяцев

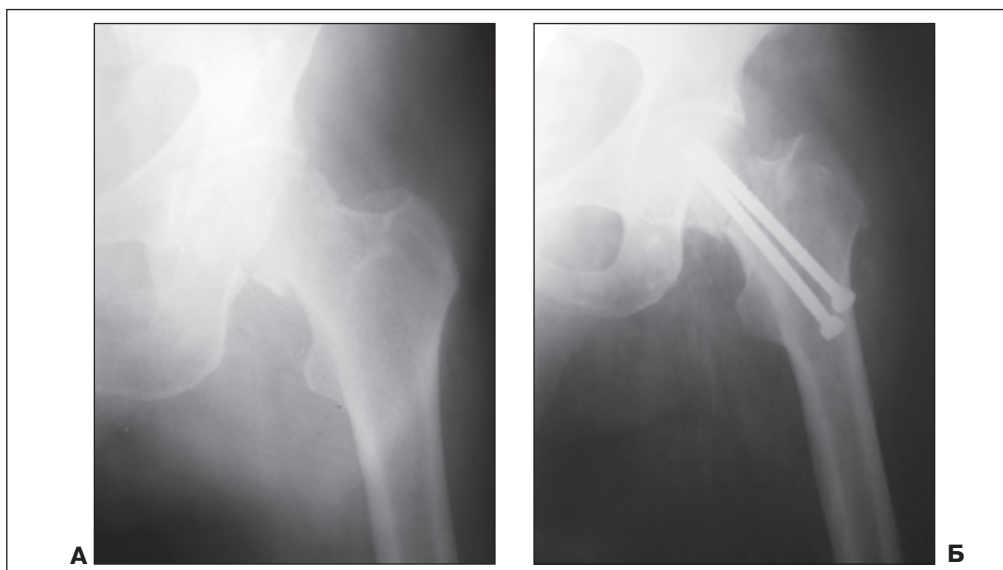


Рисунок 2. Закритый медиальный перелом шейки левой бедренной кости со смещением отломков. Рентгенограммы больной Р., 56 лет: А) рентгенограмма до операции; Б) интраоперационная

тивного вмешательства. Лечение 46 больных среднего возраста проводилось в ургентном порядке. После одномоментной репозиции на операционном столе под рентгенконтролем проводился остеосинтез канюлированными винтами (рис. 2) [7].

После внедрения приобретенного нашей больницей электронно-оптического преобразователя продолжительность оперативного вмешательства сокращена до нескольких минут.

После операции больного с первых часов активизировали в кровати, с первых суток разрешали садиться. Со вторых поднимали на костыли без дополнительной иммобилизации, без нагрузки на оперированную ногу. Послеоперационные раны заживали у больных в течение трех — пяти дней.

Сроки сращения этих переломов составляют 3–6 месяцев. Сроки пребывания в стационаре, длительность хождения при помощи костылей и опороспособность конечности напрямую зависят от тактики лечения.

Функциональные и социальные исходы оценивались при контрольных осмотрах в сроки 3, 6, 9 месяцев, 1–2 года. Отдаленные результаты изучены у 82 (73 %) больных.

Отдаленные результаты изучены у 130 (71 %) больных. Признаки сращения отмечались у 99 (76 %) больных с медиальными переломами шейки бедренной кости. За время стационарного лечения умерло 3 больных. Один по причине декомпенсации сердечно-сосудистой и легочной систем, двое — от ТЭЛА в послеоперационном периоде.

После первого года лечения опорная функция конечности оценивалась так: хорошо — 55 %, удовлетворительно — 28 %, неудовлетворительно — 17 %.

Анкетирование позволило нам провести оценку лечения по шкале Харриса: отличные результаты получены у 37 % больных, хорошие — у 31 %, удовлетворительные — у 29 %, неудовлетворительные — у 3 %.

Выводы

При исследовании отдаленных результатов мы отметили зависимость исхода от сроков госпитализации и операции с момента получения травмы.

1. Раннее, а по возможности ургентное выполнение малоинвазивных технологий остеосинтеза позволило активизировать больных в ранние сроки с момента перелома, что явилось профилактикой таких серьезных осложнений, как пролежни, пневмонии и ТЭЛА.

2. Полученные нами результаты лечения больных с медиальными переломами шейки бедренной кости существенно не отличаются от тех, которые публикуются другими авторами.

3. Причинами неудовлетворительных результатов являются нарушение кровоснабжения головки бедренной кости после медиального перелома шейки бедренной кости и остеопороз этой области.

4. Применение в дооперационном периоде метода рентгеностеоденситометрии позволило уменьшить количество осложнений в позднем послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Вакуленко В.М. Структура переломов проксимальной области бедренной кости / В.М. Вакуленко, А.В. Вакуленко, А.А. Неделько, В.В. Лаптий // *Український медичний альманах*. — 2010. — Т. 13, № 3. — С. 35–36.
2. Герцен Г.І., Процик А.І., Остапчук М.П. *Травматологія літнього віку. Книга 1. Переломи шийки стегнової кістки у людей літнього і старечого віку*. — Київ, 2003. — 169 с.
3. Кавалерский Г.М. Дифференцированный подход к лечению переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста / Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, С.В. Донченко, В.В. Костюков // *Медицинская помощь*. — 2005. — № 1. — С. 26–28.

4. Каплан А.В. Лечение поврежденных костей и суставов. — М.: Медицина, 1979. — 638 с.
5. Лирицман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1997. — № 2. — С. 12-19.
6. Лоскутов А.Е., Олейник А.Е., Дегтярь А.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава при осложнениях металлоостеосинтеза переломов шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2009. — № 2. — С. 9-12.
7. Омельчук В.П., Сулима В.С., Юрійчук Л.М., Семенив І.П., Ільницький Ю.З. Технічні особливості методики малоінвазивного остеосинтезу медіальних переломів шийки стегнової кістки // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупіка. — К., 2006. — Вип. 15, т. 2. — С. 119-127.
8. Пастух В.И. Чрескожный остеосинтез при медиальных переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста. Эксперим.-клинич. исслед.: Дис... канд. мед. наук. — 1990. — С. 132.
9. Теорія і практика малоконтактного багатоплощинного остеосинтезу / П.І. Білінський. — К.: Макрос, 2008. — 376 с.

Получено 16.01.12 □

Бітчук Д.Д., Бітчук Дм.Д., Паламарчук В.В., Гаркуша М.А., Істомін Д.А.
Харківський національний медичний університет

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Резюме. У статті подані результати малоінвазивного оперативного лікування хворих із медіальними переломами шийки стегнової кістки. Одержані нами результати суттєво не відрізняються від інших методів оперативного лікування, а малоінвазивність дозволяє активізувати хворого в ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: перелом, шийка стегнової кістки, малоінвазивний остеосинтез.

Bitchuk D.D., Bitchuk Dm.D., Palamarchuk V.V., Garkusha M.A., Istomin D.A.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

OUR EXPERIENCE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES USE IN TREATMENT OF MEDIAL SUBCAPITAL FRACTURES

Summary. This article deals with results of minimally invasive surgical treatment of patients with medial subcapital fractures. Obtained results don't differ essentially from results of applying of other surgical techniques, and minimal invasiveness enables to activate patient in early postoperative period.

Key words: fracture, femoral neck, minimally invasive osteosynthesis.