



ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.

В.В.Красоцкий

КРСУ, Медицинский факультет, Кафедра Частных Хирургических Дисциплин, г. Бишкек.

Коргунду. БТОИИБде сан сөөк моюнунун сыныгы оперативдүү жол менен дарыланган 296 оорулуу изилденген. Эрте остеосинтез, баштапкы эндопротездөө сыяктуу операциялар пайдаланылган. Операциядан кийинки мезгилде остеопорозго фармакологиялык коррекция жүргүзүлгөн.

Ачык сөздөр: сынык, сан сөөк моюну, остеопороз, остеосинтез, эндопротездөө.

Резюме. Обследовано 296 больных с переломами шейки бедренной кости, которым было применено оперативное лечение в БНИЦТО. Используем такие операции как: ранний первичный остеосинтез, первичное эндопротезирование. В послеоперационном периоде проводилась фармакологическая коррекция остеопороза.

Ключевые слова: перелом, шейка бедра, остеопороз, остеосинтез, эндопротезирование.

Resume. A total of 296 patients with fractures of the femoral neck, which was used in the surgical treatment BSRCTO. Use operations such as: early primary osteosynthesis, primary andoprothesis. In the postoperative period was conducted pharmacological correction of osteoporosis.

Key words: fracture, femoral neck, osteosynthesis, andoprothesis, osteoporosis.

Введение. Проблема лечения больных с переломами шейки бедренной кости является неисчерпаемой темой в клинической травматологии опорно-двигательного аппарата [1,2,3].

Наличие большого количества неудовлетворительных результатов после оперативного лечения в виде несращений переломов и асептических некрозов головки бедренной кости достигает 25-30% [1,4,5].

Инвалидность среди больных с последствиями переломов шейки бедренной кости (ШБК) при первичном освидетельствовании достигает 14,2%, при этом 28,7% освидетельствованных являются людьми трудоспособного возраста [13].

Летальность среди пожилых и старых пациентов с переломами ШБК остается высокой - до 25%, что связано с декомпенсацией имевшихся на момент травмы многочисленных сопутствующих соматических заболеваний.

В том случае, если эти пациенты переносят оперативное лечение, уровень их реабилитации остается недостаточным для активной жизнедеятельности и самостоятельности в бытовом обслуживании. Полная реабилитация больных, как в трудоспособном, так и в пенсионном возрасте, не превышает 4% [1,2,6,10].

Лечение больных с переломами ШБК заключается в ранней стабильной и малотравматичной фиксации костных отломков, активизации боль-

ных и коррекции нарушения ремоделирования костной ткани. Для успешного проведения операции необходимо предоперационное планирование, учитывающее возраст пациента, характер перелома, степень остеопороза в виде нарушения процесса ремоделирования костной ткани [1,2,6,13].

Продолжительность предоперационного периода должна быть сокращена до минимума, так как производство операции в первые 2-3 дня после травмы предотвращает развитие гипостатических осложнений и прогрессирование ишемии головки бедренной кости [1,2,4,6,8].

В настоящее время переломы ШБК рассматриваются как переломы - маркеры остеопороза [7]. В большинстве случаев остеопороз выявляется после того как происходит перелом кости, однако сила действия "невидимой эпидемии" видна по количеству переломов ШБК, которое составляет до 25% среди всех переломов [2,5,7]. В этой связи важно осуществлять эпидемиологическое обследование населения для выявления остеопороза с целью коррекции ремоделирования костной ткани и профилактики получения переломов ШБК. Таким образом, улучшение результатов лечения переломов ШБК является медико-социальной проблемой, решение которой на современном уровне возможно путем сочетания адекватного хирургического, фармакологического



и реабилитационного лечения.

Материалы и методы исследования. Данное исследование основано на изучении историй болезни и результатов лечения 296 пациентов, которые были оперированы по поводу переломов ШБК в травматологических отделениях БНИЦТО с 2007 по 2009 год.

Возраст больных колебался от 36 до 86 лет, однако основными представителями этой категории больных были люди пожилого и старческого возраста Женщин с переломом ШБК было 206 больных (69%).

Механизмом травмы, как правило, было падение с высоты роста.

Более 90% пациентов поступили в первые сутки после травмы.

По характеру переломов 84% составили субкапитальные переломы.

Перед выполнением операции проводилось предоперационное планирование, которое включало в себя обсчет рентгенограмм тазобедренных суставов. По рентгенограммам костей таза определяли шеечно-диафизарный угол и угол линии перелома в соответствии с классификацией Пауэлса.

Основным методом оперативного лечения был ранний первичный остеосинтез - 202 операции. Операции проводили через 2-5 дней после поступления больных в стационар. Пожилым и старым больным операцию старались выполнять как можно раньше, однако наиболее оптимальным и реальным сроком выполнения остеосинтеза остается 2-3 день. Первичный остеосинтез проводили в случаях переломов 1,2 степени по классификации Пауэлса и 1,2,3 степени по классификации Гардена. Для фиксации переломов применяем канюлированные и неканюлированные спонгиозные винты, динамические тазобедренные винты.

Применение самонарезающегося канюлированного винта с диафизарной накладкой приемлемо не только в случае первичной медиализирующей остеотомии, но и в случае первичного остеосинтеза, так как этот фиксатор является универсальным.

Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава осуществили в 65 случаях: из них 49 больным - субтотальное эндопротезирование и 16-ти больным - тотальное эндопротезирование.

Показанием к первичному эндопротезирова-

нию являлись переломы у больных пожилого и старческого возраста в условиях выраженной декомпенсации кровообращения головки бедренной кости и сенильного остеопороза. Как правило, это были субкапитальные переломы со смещением отломков. При наличии у таких больных коксартроза, который сопровождается деструкцией хрящевого покрытия вертлужной впадины, выполняли тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Согласно рекомендациям ВОЗ, диагностика остеопороза проводилась на основании биохимического уровня кальция, фосфора, щелочной фосфатазы сыворотки крови. Снижение этих показателей, особенно уровня кальция, ниже 2,2 ммоль/литр, являлось критерием назначения препаратов кальция. Суточная дозировка кальция составляла 1000 мг.

Для лечения и профилактики остеопороза использовали метаболит витамина Д - альфакальцидол или гидроксиапатитовый комплекс.

Альфакальцидол назначали в суточной дозировке 0,75 мкг, а остеогенон в суточной дозировке 4,98 г (1.66 г x 3 раза в день). Препараты назначали через 30 минут после еды.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивались в зависимости от восстановления способности к самостоятельному передвижению, способности к самообслуживанию и способности к трудовой деятельности, по классификации Пирожковой Т.А. Хорошие и удовлетворительные результаты (1 и 2 степень нарушения жизнедеятельности) были отмечены у 191 (90%) больных из 202 больных, которым был выполнен первичный остеосинтез. Эти больные в течение ближайшего времени после операции смогли вернуться к прежнему состоянию функциональной активности и самообслуживания. Клинико - рентгенологическое исследование показало заживление перелома и восстановление стато-динамической функции конечности. Больные передвигались с помощью трости или одного костыля и имели возможность самостоятельного бытового обслуживания.

Неудовлетворительный результат лечения (3 степень нарушения жизнедеятельности) наблюдался у 26 больных (13%) вследствие развития ложного сустава ШБК, асептического некроза головки бедренной кости, миграции фиксаторов вследствие технических ошибок при выполнении



осинтеза (8 больных) и выраженных дегенеративно-дистрофических процессов в области тазобедренного сустава. Из 6-ти больных с ложным суставом шейки бедренной кости, у одного больного произошла миграция фиксаторов в течение первых 6-ти месяцев после проведенного остеосинтеза, что было связано с неправильным биомеханическим введением в первом случае - фиксатор был введен выше дуги Адамса поэтому возникла микроподвижность металлоконструкции. Больному было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, отдаленный результат удовлетворительный. Во втором случае миграция произошла после повторной травмы через 4 недели после операции, что потребовало выполнения медиализирующей остеотомии и фиксации пластиной Трощенко-Нуждина. В остальных 4-ех наблюдениях ложный сустав наступил на фоне асептического некроза головки бедренной кости. Этим больным было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава.

Послеоперационная летальность в сроки до 2-ух лет после операций остеосинтеза составила 12 больных (6%). Из них 8 больных умерло от острой сердечной недостаточности на фоне сопутствующих хронических заболеваний, двое больных умерло от нарушения мозгового кровообращения и одна больная от раковой интоксикации.

После эндопротезирования тазобедренного сустава хорошие результаты отмечены у 32 из 49 больных, а удовлетворительные результаты у 13 больных. У 4 больных результаты первичного эндопротезирования были неудовлетворительными. У всех больных причиной неудовлетворительных результатов явилось поражение хрящевой ткани вертлужной впадины (коксартроз), которое обусловило боли и нарушение функции в суставе. Лечение этих больных было консервативно, потому как тотальное эндопротезирование невозможно было повести из-за сопутствующих заболеваний. В другом случае произошло нагноение послеоперационной раны после первичного остеосинтеза, у больного с базальным переломом шейки бедренной кости. Причиной нагноения явилась невраивимость отломков, что потребовало выполнения открытого и в данном случае более травматичного остеосинтеза. Наличие сахарного диабета и как следствие нарушение тканевого иммунитета также послужило при-

чиной для развития воспаления. Послеоперационная рана заживала вторично и после сращения отломков, через 3 месяца фиксатор был удален. Больной ходит с помощью трости, нагружая оперированную конечность. Функциональный результат расценен как удовлетворительный.

Концепция клиники предусматривает проведение ранней стабильно-функциональной фиксации в первые 3 - 5 дней после перелома. В зависимости от характера перелома, возраста пациента, степени остеопороза и уровня кровоснабжения головки бедренной кости применяем : первичный остеосинтез, или первичное эндопротезирование.

Учитывая выраженный сенильный остеопороз и наличие сопутствующих заболеваний (у больных старше 65 лет в 91% случаев имели место сопутствующие заболевания), таким больным проводили первичный остеосинтез либо при рентгенологических признаках нежизнеспособности головки бедренной кости - первичное эндопротезирование.

Необходимо отметить, что при проведении остеосинтеза у больных старческого возраста крайне выгодной является фиксация спонгиозными винтами АО как наименее травматичная и наиболее стабильная у данной возрастной категории больных.

С первых дней после операции проводится ЛФК и массаж мышц нижних конечностей.

По заживлению послеоперационной раны больные выписываются на амбулаторное долечивание, во время которого продолжают занятия ЛФК и ходьбу с частичной нагрузкой (10% от веса тела) на оперированную конечность. Через 3 месяца после операции больным выполняется контрольная рентгенография костей таза и при наличии заживления перелома больному разрешается постепенно переходить на ходьбу с помощью трости.

У 13 больных по данным биохимического уровня кальция сыворотки крови был выявлен остеопороз. У больных с подтвержденным диагнозом остеопороз проводилась фармакологическая коррекция - применяли препарат альфа - ДЗ.

Таким образом применение в лечении переломов шейки бедренной кости первичной медиализирующей остеотомии и первичного остеосинтеза должно сочетаться с использованием стабильных и малотравматичных фиксаторов, позво-



влияющих рано начинать разработку движений в оперированной конечности и разрешать больному ходить с частичной нагрузкой на оперированную конечность. В послеоперационном периоде обязательным является диагностика возможного остеопороза и его фармакологическая коррекция, с помощью препаратов влияющих на ремоделирование костной ткани.

Выводы:

1. Оперативное лечение переломов шейки бедренной кости должно проводится по возможности в ранние сроки после травмы, т.е. в первые 2-3-е суток, что снижает риск ишемии головки бедренной кости, а следовательно частоту несращения отломков и возникновения асептического некроза головки и шейки бедренной кости.

2. Применение в лечении переломов шейки бедренной кости первичного остеосинтеза должно сочетаться с использованием стабильных и малотравматичных фиксаторов, позволяющих быстро начинать разработку движений в оперированной конечности и активизацию больных, что улучшает сращение отломков и снижает частоту гипостатических осложнений у больных пожилого и старческого возраста.

3. Послеоперационная реабилитация при условиях стабильной фиксации должна включать ходьбу при помощи костылей с частичной нагрузкой на оперированную конечность, что способствует функциональной перестройке костной ткани в месте перелома и улучшает заживление перелома.

4. В послеоперационном периоде обязательным является диагностика возможного остеопороза и его фармакологическая коррекция, с помощью препаратов влияющих на ремоделирование костной ткани, что позволяет стабилизировать потерю минеральной плотности костной ткани и предупредить возникновение контрлатеральных переломов шейки бедренной кости.

5. Контролировать коррекцию ремоделирования костной ткани необходимо с помощью контрольной рентгенографии, выполняемой 1 раз в 3 месяца.

Литература:

1. Анкин Н.Л. Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедра. - Вестник травм. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1997; 2:19

2. Дамбахер М.А., Шахт Е. Остеопороз и актиновые метаболиты витамина Д. М. 1996 .

3. Думбров Д.А., Думбров В.Д. Особенности течения переломов костей и суставов у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология. 1995; 4: 34-35.

4. Ишмухаметов А.И., Сергеев С.В. и соавт. Сцинтиграфия и компьютерная томография при переломах шейки бедренной кости и их значение в выборе операции. Анналы травматологии и ортопедии. 1996; 1:27-30.

5. Лирцман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий - Вестник Травм. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1997; 2: 12-19.

6. Мельцер Р.И. и соавт. Особенности остеосинтеза субкапитальных переломов шейки бедра - Хирургия повреждений. Хирургия неотложных состояний при заболеваниях органов брюшной полости: Тезисы докладов 4 ежегодной итоговой научно-практической конференции по экстренной хирургии - Петрозаводск. 1998

7. Мельцер Р.И., Ошукова С.М. Результаты остеосинтеза базальных переломов шейки бедра Избранные вопросы клинической хирургии: Тез. докл. Научно-практической конф. Хирургов республики Карелия совместно с СПб. НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Петрозаводск. 27.05.98. 1998. СПб. 1998. .97С.

8. Мюллер М.Е., Аллговер А., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. М. 1996.

9. Пирожкова Т.А.,Сергеев С.В., Шарифуллин Ф.А. Изменение плотности костной ткани проксимального отдела бедра у больных с переломами шейки. Материалы 2 Российского симпозиума по остеопорозу. Екатеринбург. 1997. .93 С.

10. Пирожкова Т.А., Сергеев С.В., Пузин С.Н. Эффективность комплексной реабилитации инвалидов с последствиями переломов шейки бедренной кости. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1997; 2: .3-8

11. Рабинович Л.С., Фарыгин В.А. Ранняя активизация в лечении больных пожилого и старческого возраста с переломами щеки бедра. Клиническая геронтология. 1998; 2: 15-22.

12. Родионова С.С. Метаболические остеопатии: системный остеопороз и остеомалация у взрослых. Автореферат дисс. доктора мед. наук). 1992.

13. Родионова С.С., Бурдыгин В.Н., Колондаев А.Ф. и соавт. Зависимость частоты переломов тел позвонков от показателей минеральной насыщенности различных отделов скелета при остеопорозе. Второй Российский симпозиум по остеопорозу. Екатеринбург. 1997: 86-88.