

## Опыт лечения переломов вертельной области у пациентов пожилого возраста с использованием системы DHS и DCS

Д.В.Ивченко, А.В.Ивченко, Б.С.Рудой, А.А.Лубенец, Ю.Г.Юрис

Луганский государственный медицинский университет, кафедра ортопедии и травматологии (заведующий — профессор В.К.Ивченко)  
Луганск, Украина

Статья посвящена анализу применения DHS и DCS фиксаторов. Применение динамических бедренных и мышечковых винтов улучшает оказание хирургической помощи при лечении переломов вертельной области пациентам пожилого возраста, особенно больным с сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** динамические бедренные, мышечковые винты, переломы вертельной области, пациенты пожилого возраста, сахарный диабет.

### Введение

Переломы бедренной кости в вертельной области являются одной из распространенных травм в пожилом возрасте [3, 6, 7]. Осложнения, которые возникают при консервативном лечении данной патологии, часто приводят к неудовлетворительным результатам: стойким контрактурам в суставах нижних конечностей, гипостатической пневмонии как результат длительного пребывания на постельном режиме, возникновению флеботромбозов, приводящих к тромбоэмболии сосудов головного мозга, сердца и легких [2, 4, 5]. Выбор лечения переломов этой локализации в пользу хирургического метода позволяет улучшить не только функциональный результат лечения, но и уменьшить процент осложнений [1, 6, 7].

Цель исследования было изучить результаты оперативного лечения переломов бедренной кости в вертельной области у пациентов пожилого возраста с использованием фиксаторов DHS и DCS.

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением в период с 2005 по 2010 г. находились 27 пациентов, из них 21 женщина. Средний возраст больных составил 62 года. Сахарный диабет (СД) 2-го типа средней степени тяжести выявлен у 7 человек. По классификации чрезвертельных переломов по системе АО больные распределены на три группы по 9 человек: А1, А2 и А3.

Для пациентов А1 группы в качестве фиксатора использовали систему DHS, для А2 группы — систему DHS плюс деротационный винт, для А3 группы — систему DCS.

По срокам оперативного вмешательства больные были разделены на две группы: 1 группа — 10 (37%) пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось в первые трое суток с момента травмы, трое из них больные СД; 2 группа — 17 (63%) пациентов, которые предварительно лечились методом скелетного вытяжения, а оперативное вмешательство было выполнено через три недели с момента травмы.

Оперативное вмешательство у больных обеих групп производили под спинномозговой анестезией с обязательной комплексной предоперационной подготовкой, включающей инфузионную, дезагрегационную и симптоматическую терапию, корригирующую системы гомеостаза пациентов, для больных СД обязательно выполнялся контроль уровня сахара в крови, консультация эндокринолога и при необходимости коррекция лечения СД.

Продолжительность оперативного вмешательства составляла 60–80 мин. В данной работе не останавливаемся на описании этапов остеосинтеза фиксаторами DHS и DCS — они общеизвестны и подробно описаны ранее. Однако считаем важным акцентировать внимание, что при остеосинтезе конструкциями DHS и DCS обязательно выполнение строгой последовательности манипуляций, так как несоблюдение методики проведения остеосинтеза приводит к значитель-

ному увеличению интраоперационного времени и, как следствие, неудачным результатам.

При оценке ближайших результатов лечения у больных хорошими считали: отсутствие укорочения и болевого синдрома, гипостатических пневмоний, восстановление опорной функции нижней конечности и возможность передвигаться с помощью костылей с дозированной нагрузкой на оперированную конечность.

Укорочение конечности у больного от 0,5 см до 1 см и возможность передвижения со средствами опоры с частичной нагрузкой на оперированную конечность, отсутствие гипостатических пневмоний относили к удовлетворительным результатам.

Случаи укорочения поврежденной конечности у больных более 2-х см и сохранения наружной ротации стопы, развития после операции декубитальных язв, гипостатических пневмоний, тромбозов расценивались как неудовлетворительные результаты лечения. К неудовлетворительным результатам относили и летальные исходы.

При анализе отдаленных результатов неудовлетворительными считали случаи при несращении перелома, при миграции фиксатора; удовлетворительными — замедленные признаки консолидации перелома при стабильном положении фиксатора, а хорошими — консолидацию перелома при стабильном положении металлофиксатора.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

С 3-го дня после операции больные обеих групп обучались ходьбе с помощью костылей или ходунков без опоры на оперированную конечность. Физиопроцедуры и пассивная ЛФК также назначались в эти же сроки. Средний срок послеоперационного лечения в стационаре составил 14 дней.

При анализе ближайших результатов остеосинтеза у больных 1 группы хороший результат получен у 8 (80,0%) пациентов, по 1 случаю (по 10,0%) удовлетворительный и неудовлетворительный результат. Хороший отдаленный результат лечения получен у 9 (90,0%) пациентов этой группы, у 1 (10,0%) больного имел мес-

то неудовлетворительный результат (миграция конструкции у больного СД).

Распределение ближайших результатов лечения у больных 2 группы было следующим: хороший результат — у 12 (70,5%) пациентов, удовлетворительный — у 3 (17,7%), и у 2 (11,8%) пострадавших был неудовлетворительный результат.

Анализ отдаленных результатов у больных 2 группы оценивался у 14 пациентов, так как один пациент этой группы умер в стационаре (неудовлетворительный результат), а двое сменили место жительства. У 9 пациентов был хороший результат — достигнуто сращение перелома, и у 5 получен удовлетворительный результат — миграции фиксатора не было, однако рентгенологически четких признаков консолидации не определялось (трое из них больные СД).

Успешное лечение переломов вертельной области у больных пожилого возраста невозможно без соблюдения очень важных, по нашему мнению, тактических принципов. Только строгое выполнение технических этапов остеосинтеза этими конструкциями, дифференциальный выбор фиксатора в зависимости от типа перелома, соблюдение тактических принципов ведения больных, в комплексе дает возможность получения успешных результатов лечения столь тяжелой травмы в пожилом возрасте, особенно у больных СД.

### **Выводы**

1. Применение динамических бедренных и мыщелковых винтов улучшает оказание хирургической помощи при лечении переломов вертельной области пациентам пожилого возраста, особенно больным сахарным диабетом.

2. Преимущество оперативного лечения данной патологии дает возможность избежать длительной иммобилизации конечности и вынужденного постельного режима больного, сокращает длительность нахождения в стационаре.

3. Ранняя мобилизация больных, отсутствие гипостатических осложнений и возможность самостоятельно передвигаться с помощью костылей значительно улучшают качество жизни пациентов пожилого возраста с переломами бедренной кости в вертельной области.

### **Литература**

1. Батрави И.Е. Оценка биомеханической стабильности имплантатов, обычно используемых при лечении чрезвертельных переломов бедра / И.Е.Батрави, Л.Хелен, Л.Кинзли // *Margo anterior*. — 1998. — №2. — С. 6-8.
2. Руски В.І. Венозні тромбоемболічні ушкодження у травматології та ортопедії / В.І.Руски, Ю.Ф.Левчак, Н.О.Болдіжар // *Травма*. — 2009. — Т.10. — №2. — С. 230-234.
3. Анализ результатов оперативного лечения чрез- и межвертельных переломов бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста / М.В.Полулях, С.И.Герасименко, М.С.Клепач [и др.] // *Ортопедия, травматология и протезирование*. — 2009. — №3. — С. 49-53.

4. Черниш Ю.В. Основні причини летальності серед постраждалих травматологічного профілю і що були госпіталізовані в спеціалізований стаціонар / В.Ю.Черниш, М.М.Шпаченко, О.П.Зерний // Травма. — 2010. — Т.11, №5. — С. 514-520.
5. Швець О.І. Стабілізуючі операції на проксимальному відділі стегна в комплексі реабілітації хворих старшої вікової групи / О.І.Швець, І.І.Гаврилов, О.А.Самойленко [та ін.] // Травма. — 2008. — Т.9, №2. — С. 92-96.
6. Bosch U. Minimalinvasive Osteosynthese der medialen Schenkelhalsfraktur bei betagten Patienten / U.Bosch, Th.Schreiber, M.Skutek [et al.] // Trauma und Berufskrankheit. — 2003. — №1. — P. 35-41.
7. Friedl W. Experimental examination for optimized stabilisation of trochanteric femur fractures, intra- or extramedullary implant localisation and influence of femur neck component profile on cut-out risk / W.Friedl, J.Clausen // Chirurg. — 2001. — №72 (11). — P. 1344-1352.

***Д.В.Івченко, А.В.Івченко, Б.С.Рудой, О.О.Лубенець, Ю.Г.Юрис. Досвід лікування переломів вертлюгової області у пацієнтів похилого віку з використанням системи DHS і DCS. Луганськ, Україна.***

***Ключеві слова:*** динамічні стегові, виросткові гвинти, переломи вертлюгової області, пацієнти похилого віку, цукровий діабет.

*Стаття присвячена аналізу використання DHS і DCS фіксаторів. Застосування динамічних стегових і виросткових гвинтів покращує надання хірургічної допомоги при лікуванні переломів вертлюгової області пацієнтам похилого віку, особливо хворим на цукровий діабет.*

***D.V.Ivchenko, A.V.Ivchenko, B.S.Rudoj, A.A.Lubenets, Yu.G.Yuris. Treatment experience of trochanteric area fractures in aged patients with the application of DHS and DCS systems. Lugansk, Ukraine.***

***Key words:*** dynamic femoral, condylar screws, fractures of trochanteric area, aged people, diabetes mellitus.

*The article is devoted to analysis of application DHS and DCS catchers. Application of dynamic femoral and condylar screw improves surgical mutuality in trochanteric area fracture treatment of aged people especially with diabetes mellitus.*

*Надійшла до редакції 29.08.2011 р.*