

УДК 616.718.41-001.514-08-035-089.2

ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ МЕТОДИК

С.М.Остапенко, завідувач відділенням травматології Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги

А.В.Верба, доктор медичних наук, професор кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

Ю.В.Рум'янець, доктор медичних наук, професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії

Б.В.Матвійчук, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

М.І.Бадюк, доктор медичних наук, начальник кафедри організації медичного забезпечення Української військово-медичної академії

Л.А.Устинова, полковник медичної служби, доктор медичних наук, начальник кафедри військової токсикології, радіології та медичного захисту Української військово-медичної академії

А.М.Галушка, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, начальник науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

А.С.Котуза, доктор медичних наук, професор, керівник центру науки, медичних інновацій та моніторингу клінічної лікарні «Феофанія»

Резюме. Автори проаналізували лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки у 1986 постраждалих (2007-2016 рр). Більшість операцій зроблено через 48-72 години після травми. У 1570 випадках виконувався остеосинтез, в 416 – ендопротезування кульшового суглобу та голівки стегнової кістки. Для остеосинтезу використовували канюльовані гвинти, PFNA та DHS-фіксатори, LCP пластини для проксимального відділу стегна. Ендопротезування (однополюсне або тотальне) здійснювали протезами „Beznosko”, “Zimmer”, “Evalutis”. Померло 22 хворих: після ендопротезування - 8, після остеосинтезу - 14. Результати остеосинтезу у 590 хворих вивчені через 1-2 роки. Добрий результат констатований у 77,97% пацієнтів, задовільний – у 15,76%, незадовільний – у 6,27%. Автори є прибічниками операційного лікування хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки в якомога більш ранні терміни. Перспективними напрямками розвитку остеосинтезу проксимального відділу стегнової кістки вважають закритий остеосинтез канюльованими гвинтами та PFNA-фіксаторами. Рекомендуємо для використання при переломах шийки стегнової кістки у постраждалих похилого віку ендопротезування кульшового суглобу протезами „Beznosko”, “Zimmer”, “Evalutis”.

Ключові слова: ендопротезування кульшового суглобу, остеосинтез проксимального відділу стегна, черезвертлюгові переломи стегнової кістки, перелом шийки стегнової кістки.

Вступ. Травма на фоні остеопорозу у пацієнтів літнього віку призводить до переломів проксимального відділу стегнової кістки. Супутні захворювання і ускладнення тривалого ліжкового режиму є причиною тяжкого стану постраждалих. Головною метою хірургічного лікування є рання мобілізація – це єдиний шанс для літніх хворих повернутися до нормального

життя. Відмова від хірургічного лікування пацієнтів літнього віку позбавляє їх можливості обслуговувати себе і вести активний спосіб життя. Такі хворі, якщо не вмирають у перші місяці після травми внаслідок пневмонії, тромбоемболії або серцево-судинної недостатності, надалі приречені на всі тяготи життя, неминучі при хибному суглобі шийки

стегна, не можуть обходитися без сторонньої допомоги, утруднюють життя своїм родичам [1, 2, 3].

Вітчизняні травматологи довгий час не мали необхідного інструментарію й імплантатів для лікування проксимального відділу на високому рівні. В останні роки в нашій країні створена програма „Турбота” по безкоштовному забезпеченні киян сучасними ендопротезами кульшового суглобу. У зв’язку з означеним, відмова пацієнту з переломом проксимального відділу стегнової кістки в хірургічному лікуванні варто розцінювати як невміння або небажання лікаря допомогти хворому.

Є очевидним, закінчується час, коли хворі без економічного збитку для лікувальної установи можуть довгостроково знаходитися на стаціонарному лікуванні. Планується перехід до страхової медицини, в умовах якої хірургу будуть платити за якість і кількість операцій, за високоєфективне і швидке лікування хворих. Це також аргумент на користь оволодіння тактикою невідкладних операцій остеосинтезу і ендопротезування при переломах проксимального відділу стегнової кістки – тактики, застосовуваної в клініках передових країн [4, 5, 6].

Мета дослідження: підвищити ефективність хірургічного лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки за рахунок впровадження сучасних методик ендопротезування та остеосинтезу.

Матеріал та методи дослідження. В період з 2007 по 2016 рр. у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги операції з приводу переломів проксимального відділу стегнової кістки зроблені 1986 хворим. Загальний масив дослідження був розподілений на дві групи: 996 хворих, що оперовані за період використання традиційного стабільно-функціонального остеосинтезу та ендопротезування (2007-2011 рр) та 990 хворих, що оперовані у період використання малоінвазивних методик остеосинтезу та ендопротезування (2012–2017 рр).

Середній вік хворих, яким виконувався остеосинтез становив 65 років,

ендопротезування – 78 років. Більшість пацієнтів оперували в перші 48-72 години після травми. Операції виконували частіше під спинномозковою або епідуральною анестезією.

В першій групі черезвертлюгові переломи типу А спостерігались - у 378 потерпілих, переломи шийки стегна типу В – у 594, переломи голівки типу С – у 24. Остеосинтез проксимального відділу стегнової кістки виконаний 636 хворим, ендопротезування - 360. Остеосинтез гвинтами виконаний 58 пацієнтам, кутовими пластинами – 120, LCP пластини для проксимального відділу стегна – 242, DHS – 216. Однополюсне ендопротезування проведено 246 потерпілим, тотальне – 114.

В другій групі через вертлюгові переломи типу А спостерігались - у 354 потерпілих, переломи шийки стегна типу В – у 606, переломи голівки типу С – у 30. Остеосинтез проксимального відділу стегнової кістки виконано 604 хворим, 386 – ендопротезування. Остеосинтез гвинтами виконаний 118 пацієнтам, LCP пластини для проксимального відділу стегна – 250, PFNA – 120, DHS – 116. Однополюсне ендопротезування проведено 98 потерпілим, тотальне – 288.

В передопераційному періоді у постраждалих з переломами проксимального відділу стегнової кістки протягом 2 діб проводили профілактику тромбоемболічних ускладнень (еластичне бинтування обох нижніх кінцівок, підшкірне введення гепарину, фраксипаріну або клексану) та профілактику гострих стрес-виразок шлунку та ДПК (внутрішньовенним введенням проксіуму).

Останнім часом остеосинтез шийки стегнової кістки робили переважно закритим способом, за допомогою ортопедичного стола під контролем електронним оптичним перетворювачем (ЕОП). Операція виконувалась в більшості випадків протягом 20-30 хв, без крововтрати і необхідності рентгенологічного контролю. При закритому остеосинтезі гвинтами виконували розтин 2-3 см в ділянці ската великого вертлюга. Після розсікання фасції за допомогою елеватора

розщепляли м'язи до кістки. Проводили закриту репозицію за допомогою ортопедичного стола, що включала в себе відведення, тракцію та внутрішню ротацію, з тимчасовою фіксацією перелому спицями Ілізарова. Виконували ЕОП-контроль в 2-х проекціях. За допомогою канюльованого свердла по спицям наносили три отвори у вигляді трикутника з верхівкою у основи вертлюга. Остеосинтез виконували канюльованими спонгіозними гвинтами. Проксимальний гвинт вводили у верхній квадрант голівки до субхондрального шару. Наступні два гвинта вводили по дузі Адамса. Проводили ЕОП-контроль в двох проекціях. Накладали три шва на м'язи та фасцію. Рану дренивали гумовими випускниками.

Закритий остеосинтез PFNA-фіксатором проводили після закритої репозиції уламків за допомогою ортопедичного стола під ЕОП-контролем в 2-х проекціях. Визначали маркером орієнтири: верхівку великого вертлюга та направлення входу направляючої спиці в кістково-мозковий канал. Виконували розтин 4 см над великим вертлюгом та за допомогою направляючого пристрою, вводили спицю медіально від великого вертлюга в кістково-мозковий канал та проводили за допомогою свердла розкриття каналу по спиці. Вводили стержень та проводили ЕОП-контроль в 2-х проекціях. За допомогою навігації вводили направляючу спицю по центру шийки стегнової кістки до субхондрального шару голівки. Вимірювачем АО визначали довжину гвинта. По введеній спиці проводили розсвердлювання каналу для гвинта. Динамічний гвинт вводили в канал шийки до субхондрального шару, так, щоб його дистальний кінець знаходився у зовнішнього отвору каналу та проводили компресію. Діафізарну частину фіксували до діафізу кортикальним гвинтом.

При безуспішності закритої репозиції уламків шийки стегнової кістки ми використовували відкриту репозицію застосовували хірургічний доступ Ватсон-Джонса. Особливістю відкритого способу є можливість інтраопераційної діагностики життєздатності голівки стегна для вибору методу лікування – остеосинтезу або

ендопротезування. Для визначення життєздатності голівки ми розсвердлювали проксимальний фрагмент 2-міліметровим свердлом. Якщо з просвердленого отвору спостерігалась кровотеча, то кровопостачання голівки вважали достатнім, голівку – життєздатною і робили остеосинтез. Якщо кровотечі з просвердленого отвору не було – кровопостачання голівки вважали недостатнім і у пацієнтів виконували ендопротезування. Збереження голівки стегна при порушенні її кровопостачання призводить до таких пізніх ускладнень, як асептичний некроз голівки і хибний суглоб шийки стегна. Даний тест не розглядали як абсолютний у молодих пацієнтів, у яких у 30-40% випадків має місце тимчасова ішемія, пов'язана зі зсувом фрагментів і стисканням кровоносних судин унаслідок гемартрозу.

Для ендопротезування голівки стегнової кістки та кульшового суглобу використовували протези „Beznosko”, „Zimmer”, „Evalutis”. Хворим молодше 70 років, без ознак остеопорозу проводили тотальне бесцементне ендопротезування. При наявності остеопорозу використовували ендопротези цементного типу. У хворих понад 80 років при наявності тяжкої супутньої патології проводили однополюсне ендопротезування голівки стегнової кістки.

У післяопераційному періоді, призначали антибіотики, антикоагулянти, еластичне бинтування обох нижніх кінцівок, анальгетики, антацидні препарати і симптоматичне лікування. Заняття лікувальною фізкультурою рекомендували з перших днів після операції, сидіти дозволяли з 2-го дня, ходити за допомогою милиць – з 3-го дня. Тривалість стаціонарного лікування після остеосинтезу складала в середньому 12,8 ліжко-днів, після ендопротезування – 18,9.

Результати дослідження та їх обговорення. Із 1986 оперованих хворих унаслідок пневмонії, тромбоемболії, серцево-судинної недостатності померли 22, у тому числі 8 – після ендопротезування, 14 – після остеосинтезу. Більш висока летальність

обумовлена тим, що ці операції виконувалися найбільш віковим пацієнтам, що мали комплекс соматичних захворювань серця, легень, печінки, нирок, та використанням традиційних відкритих методик остеосинтезу та ендопротезування в першій групі.

У післяопераційному періоді ми спостерігали наступні ускладнення: нагноєння рани – у 10 пацієнтів, остеомієліт – у 4, вивих голівки протеза внаслідок неадекватної ротаційної установки протеза – у 8, ранню параоссальну осифікацію після ендопротезування – у 4. У 10 хворих при введенні ендопротеза відбувся перелом проксимального відділу стегна. Цю проблему вирішили за допомогою інтраопераційного остеосинтезу дротяною петлею.

Функціональні результати вивчені у 590 постраждалих згідно стандартів оцінки якості лікування ушкоджень системи опори та руху, розроблених в Українському НДІТО та затверджених наказом МОЗ України №41 від 30.03.94 року, через 12-24 місяці після операційного лікування. Добрий результат констатований у 77,97% пацієнтів, задовільний – у 15,76%, незадовільний – у 6,27%. Незважаючи на визначні досягнення в травматології, проблема лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки далека від вирішення. Дотепер немає єдиної думки про оптимальні засоби фіксації, показання до

Література

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения – М.: Книга-плюс, 2002. - 480 с.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология. Европейские стандарты – М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 496 с.
3. Анкин Н.Л. Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости /Н.Л.Анкин, Ю.В.Поляченко, С.А.Король, Л.Н.Анкин //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2000. – Вип. 9, кн. 3. – С. 5–8.
4. Король С.О. Лікування переломів стегнової кістки у постраждалих з поєднаною травмою:

остеосинтезу і ендопротезування, терміни виконання операції, принципи реабілітації.

Висновки

1. При переломах проксимального відділу стегнової кістки з метою ранньої активізації хворих, попередження ускладнень, пов'язаних з ліжковим режимом, необхідно проводити малоінвазивний стабільно-функціональний остеосинтез або ендопротезування. Для остеосинтезу можна використовувати спонгіозні гвинти, LCP пластини для проксимального відділу стегна, PFNA-фіксатори, які забезпечують механічно міцну фіксацію уламків з компресією по лінії перелому, дають можливість активізувати хворих з перших днів після операції.

2. Для виконання остеосинтезу і ендопротезування при переломах шийки стегна доцільно використовувати малоінвазивні хірургічні доступи, що дає можливість не порушувати кровопостачання голівки стегна, стабільно фіксувати уламки або зробити ендопротезування. Простота і надійність техніки закритого остеосинтезу дозволяє рекомендувати його для широкого застосування.

3. Впровадження в практику лікувальних установ активної хірургічної тактики, закритого остеосинтезу, забезпечення клінік сучасними імплантатами будуть сприяти вирішенню складної проблеми лікування хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки.

Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 / Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова МОЗ України. – Вінниця, 2003. – 22 с.

5. Миронов С.П. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости /С.П.Миронов, А.И.Городниченко, О.И.Усков, Г.В.Сорокин //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2002. - №4. -С. 13-17.

6. Солод Э. Переломы проксимального отдела бедра у пожилых (медико-социальные проблемы) /Э.Солод, А.Лазарев, А.Николаев, К.Николаев //Врач. – 2001 - №12. - С.33-34.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Клішевич Б.А.