

УДК 616.728.2-089-77-053.9

## Аналіз результатів оперативного лікування через- та міжвертлюгових переломів стегнової кістки у хворих похилого та старечого віку

М.В. Полулях, С.І. Герасименко, М.С. Клепач, І.П. Семенів, Л.М. Юрійчук

ДУ «Інститут травматології та ортопедії А МН України», Київ  
Івано-Франківський національний медичний університет. Україна  
Івано-Франківська обласна клінічна лікарня. Україна

*Results of the surgical treatment of 62 patients with trans- and intertrochanteric femoral fractures, who underwent osteosynthesis of fractures in the trochanteric area with angular plates, EN8 fixing device or intraosseal blocking nails, were analysed. The patients (35 women and 27 men) were randomized into 3 groups depending on the way of their fracture fixing. The mean age of the patients was 74, ranging from 60 to 97. The received results essentially do not differ from those obtained by foreign researchers: 61 % of complications, the survival rate during the first year following fracture up to 77 %. The results of the treatment of trans- and intertrochanteric fractures of the femoral bone depend upon the supporting ability of the extremity and the patient's activity during the early postoperative period and after his discharge from the hospital.*

*Проанализированы результаты лечения 62 пациентов с чрез- и межвертельными переломами бедренной кости, которым был проведен остеосинтез перелома вертельной области угловыми пластинами, фиксатором ЭН8 или внутрикостными блокирующими гвоздями. Пациенты (женщин — 35, мужчин — 27) были рандомизированы в три группы в зависимости от способа фиксации перелома. Возраст больных — от 60 до 97 лет, в среднем 74 года. Полученные результаты существенно не отличаются от результатов зарубежных исследователей: 61% осложнений, выживаемость в первый год после перелома — до 77%. Результаты лечения чрез- и межвертельных переломов бедренной кости зависят от опорности конечности и степени активности больного в раннем послеоперационном периоде и после выписки из стационара.*

**Ключові слова:** переломи, стегнова кістка, остеосинтез, літні хворі

### Вступ

Найбільш частими переломами в людей похилого та старечого віку і потенційно складними в лікуванні є остеопоротичні переломи вертлюгової ділянки стегнової кістки [1, 9]. В Україні широко й успішно впроваджуються сучасні методики в лікуванні вказаних переломів. Але існують проблеми, які характерні для людей старшого віку [3, 10, 12], у першу чергу це велика кількість (від 30 до 50%) ускладнень і негативних наслідків при лікуванні даної патології. Причиною цих ускладнень є остеопороз, який не дозволяє досягти стабільної фіксації відламків, особливо при багатовідламкових переломах; остеоартроз, який супроводжується болем і контрактурами; супутні захворювання у більшості хворих старших вікових груп; втрата на тривалий час рухової

активності — навантаження на оперовану кінцівку можливе лише після зрощення відламків [2, 6, 7, 8]. Існують також інші не вирішені питання, зокрема відсутність чітких критеріїв (стандартів) у виборі методу лікування і способу остеосинтезу відламків. Невдале лікування міжвертлюгових переломів, як правило, веде до втрати функції кінцівки [1, 6, 7].

Велике соціальне значення мають реабілітація і функціональні можливості хворих після остеопоротичних переломів стегнової кістки. Кількість пацієнтів, які після черезвертлюгового перелому могли самостійно пересуватись на вулиці з або без допоміжного засобу, сягає 60%. Сучасні дослідження зарубіжних авторів свідчать про виживання протягом року після перелому від 60 до 80% пацієнтів.

Більшість дослідників вказують, що одна з причин, яка призводить до смертності внаслідок переломів, — це нездатність пацієнтів активно самостійно пересуватись одразу ж після операції та на момент виписки з лікарні.

Відновлення функції ходьби впливає не тільки на функціональний прогноз, але і на тривалість життя [10, 12].

Огляд доступних джерел літератури показав, що переломи А3 по-різному класифікуються багатьма авторами, що ускладнює їх вивчення. У деяких роботах переломи А3 класифікуються як нестабільні черезвертлюгові переломи, в інших — субвертлюгові переломи, ще в інших — як комбінація перших та других [4, 6]. Переломи А3 відрізняються від А1 та А2 тим, що лінія перелому продовжується через метафіз на латеральну поверхню кістки і дистально. У той час як використання DHS фіксатора більш виправдано для стабілізації переломів А1 та А2 [1, 2, 6,], то при переломах А3 такий спосіб фіксації не обґрунтований [1, 3, 4, 6, 7, 8].

Велика кількість авторів свідчать про незадовільні результати при використанні DHS фіксатора для остеосинтезу при вказаних переломах в порівнянні з результатами після використання 95° кутової пластини або фіксатора DHS [6, 8, 9]. Однак часто спостерігаються такі ускладнення, що пов'язані з вириванням або переломом імплантатів у пацієнтів старечого віку, яким використали для металоостеосинтезу БС8 при лікуванні нестабільних черезвертлюгових переломів [6, 9]. Sadowski et al. та Miedel et al. прийшли до висновку, що для пацієнтів старечого віку з нестабільними черезвертлюговими переломами недоцільно застосовувати цей імплантат. Вони вважають, що використання стандартного цементного ендопротезування є раціональною альтернативою фіксатору DHS для лікування міжвертлюгових переломів [11]. Ендопротезування є ефективним методом вибору після невдалого лікування міжвертлюгового перелому у пацієнтів старечого віку [7]. Рандомізовані дослідження, які проводили для порівняння остеосинтезу динамічними пластинами різних виробників з остеосинтезом інтрамедулярними фіксаторами, встановили, що результати були дуже подібні в обох групах. Окрема оцінка ефективності фіксації у 70 пацієнтів з нестабільними переломами показала, що хворі з інтрамедулярним остеосинтезом мали більшу мобільність в усіх періодах спостереження, ніж з фіксатором DHS. Miedel et al. [9] чітко показали, що впровадження інтрамедулярних стержнів не може рекомендуватись як стандарт лікування

черезвертлюгових переломів. Разом з тим вони зауважили, що через відносно менше загальне вкорочення кінцівки можливість раннього навантаження та кращої якості ходьби інтрамедулярний фіксатор — «багатообіцяюча альтернатива» для пацієнтів з нестабільними відламковими черезвертлюговими переломами стегнової кістки.

*Мета роботи* — провести аналіз результатів лікування пацієнтів з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки в похилому віці, порівняти з даними інших досліджень і визначити відмінність між використанням кутової пластини, фіксатора DHS та інтрамедулярного стержня.

## Матеріал і методи

З квітня 1998 року до березня 2008 року в ортопедо-травматологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ проліковано 62 пацієнта похилого та старечого віку з між- і черезвертлюговими переломами стегнової кістки, яким було виконано остеосинтез вертлюгової ділянки: кутовими пластинами, фіксатором DHS, інтрамедулярними фіксаторами. Вік хворих складав від 60 до 91 року і становив в середньому 74,1 року. Жінок було 35 і чоловіків 27. Оцінку лікування проводили за шкалою Харріса.

## Результати та їх обговорення

Аналіз результатів лікування показав, що 62 пацієнтам, які перебували на лікуванні в ортопедо-травматологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ з між- та черезвертлюговими переломами стегнової кістки, проведено металоостеосинтез відламків фіксатором DHS — 14, кутовими пластинами — 40, інтрамедулярними фіксаторами — 8 пацієнтам. Серед загальної кількості пацієнтів 87% мали хронічні захворювання. Найчастіше зустрічалися гіпертонія, ІХС, ожиріння, деформівний артроз, цукровий діабет, ПТФС, хвороби органів травлення, аденома простати. 13% вперше в житті потрапили в лікарню з приводу даної травми.

Середній строк перебування в стаціонарі становив 16,6 дня при МОС кутовими пластинами, 16,3 дня — МОС фіксатором БН8, 8,3 дня — МОС інтрамедулярними фіксаторами. Операційна летальність становила 1,7%. Післяопераційні ускладнення мали 61% пацієнтів: ПТФС — 19,2%, застійна пневмонія — 16%, раптова смерть до 3 місяців (ТЕЛА) — 12,8%, сенільний психоз — 12,8%, пролежні — 6,4%, остеомієліт — 6,4%, урологічні ускладнення — 6,4%, перелом фіксатора — 3,2%, незрощення перелому — 3,2%. Більшість пацієнтів почали сидати в ліжку на

2–4 день після операції, але в усіх групах були і такі, які почали сідати через 3–5 місяців після операції: в групі при МОС кутовими пластинами — 16%, в групі МОС фіксатором DHS — 14,2%, при МОС інтрамедулярними фіксаторами — 12,5%. Ще більш негативні дані про початок ходьби. Ходити з милицями почали через 3–8 місяців 33% пацієнтів в усіх групах, а половина з них ходили з милицями перед випискою зі стаціонару. Після МОС кутовими пластинами через рік 29% хворих продовжували користуватися милицями, після МОС фіксатором DHS та інтрамедулярними фіксаторами — 25% хворих. Кількість пацієнтів, які прожили перший рік після перелому, складала 77%. Після першого року біль турбує 75% пацієнтів, набряк кінцівки спостерігається у 25%, незадоволені об'ємом рухів у кульшовому суглобі 58% пацієнтів. Опорність кінцівки добра у 50%, задовільна у 30%, незадовільна у 20% хворих. Користуються устілками (різниця в довжині) — 40%, ціпком — 50%, продовжують користуватися милицями три і більше років 20% хворих. Не задоволені результатами лікування 10% пацієнтів. Анкетування дозволило нам провести оцінку лікування за шкалою Харріса: відмінні результати отримані у 10% хворих, добрі — у 16%, задовільні — у 40% і незадовільні — у 34% хворих.

#### Клінічний приклад.

Хвора Д., 66 років, поступила в клініку з діагнозом черезвертлюговий перелом правої стегнової кістки зі зміщенням відламків. Травму отримала внаслідок падіння з висоти свого зросту. Хворій виконано остеосинтез черезвертлюгового перелому стегнової кістки гамма-фіксатором (рисунок). Пройшла курси відновного лікування в реабілітаційному відділенні поліклініки і в санаторії «Черче». Через рік після перелому турбує біль, набряк, незадовільний об'єм рухів у кульшовому суглобі: згинання — 80°; відведення -20°; ротація відсутня, продовжує користуватися милицями. Результатами лікування не задоволена.

Нами відмічено, що найбільш функціональне одужання відбувається в період з 4 до 6 місяців після перелому та залишається стабільним після цього строку. Небезпека розвитку тромбоемболічних ускладнень, застійних явищ в легенях і нирках, супутніх захворювань і запобігання розвиненню вікових неврологічних і психічних захворювань потребують застосування профілактичних заходів одразу ж після травми або після надходження у стаціонар. Основний акцент робиться на потребі відновлення ходьби та функціонального статусу на ранньому етапі лікування. Необхідно, щоб пацієнти з переломами стегнової кістки могли отримувати постійну, інтенсивну реабілітацію і після ранньої виписки з клініки.

#### Висновки

1. Одержані нами результати лікування хворих з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки в похилому віці суттєво не відрізняються від тих, що публікуються іншими дослідниками. Ми переконалися, що немає ідеального фіксатора, який би мав вагомий переваги над іншими і вирішально впливав на зменшення рівня ускладнень.
2. Головними причинами незадовільних результатів лікування (34%) у хворих похилого та старечого віку з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки є остеопороз цієї ділянки, що не завжди дозволяє досягти стабільності остеосинтезу і потребує тривалого постільного режиму, який загрожує розвитком ТЕЛА (12,8%), пневмонії (16%), пролежнів (6,4%). Наявність артрозу кульшового суглоба проявляється болем та обмеженням рухів у суглобі навіть після консолідації відламків.

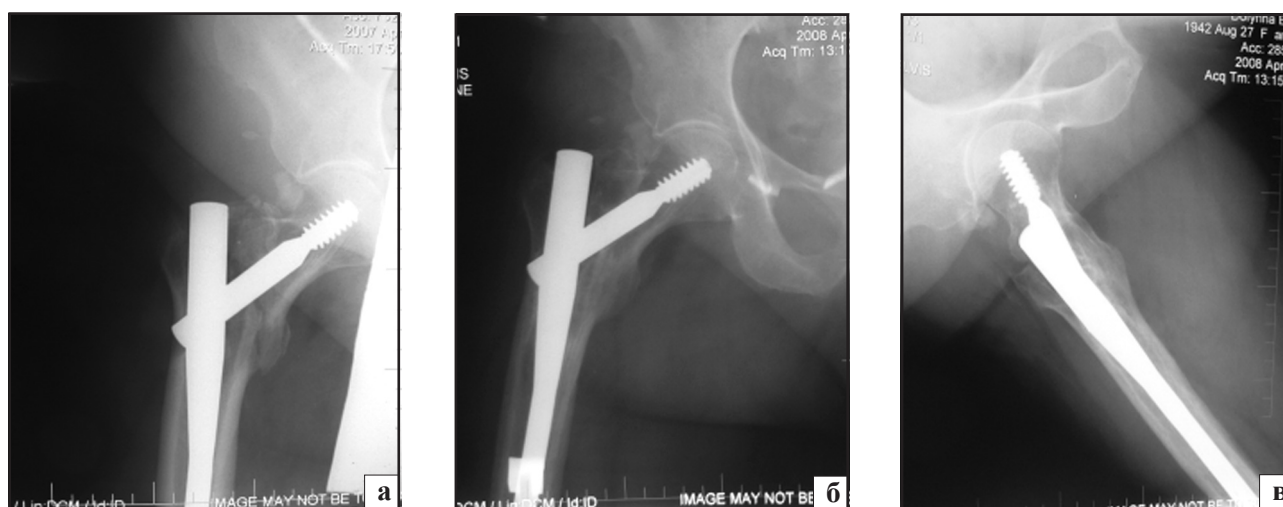


Рис. 1. Рентгенологічний контроль після операції (а) та через рік (б, в).

## Література

1. Анкин Л.М. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения / Л.М. Анкин, М.Л. Анкин. — М.: Книга-плюс, 2002. — 480 с.
2. Ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого віку при переломах проксимального відділу стегнової кістки. / Г.В. Гайко, Л.П. Кукурудза, В.П. Торчинський [та ін.] // Тотальне і ревізієне ендопротезування великих суглобів: мат. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. — Київ-Львів, 2003. — С. 1-15.
3. Герцен Г.І. Травматологія літнього віку / Г.І. Герцен, А.І. Проник, М.П. Остапчук, Амір Малкаві. — Київ: «Сталь», 2003. — 170 с.
4. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 3 томах. Т. 2. / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. — М.: Медицина, 1997. — 592 с.
5. Поворознюк В.В. Глюкокортикоід-індукованій остео-пороз. / В.В. Поворознюк, Є.М. Нейко, І.Ю. Головач. — Київ: «ТМК», 2000. — 208 с.
6. **Treatment of Reverse Oblique and Transverse Intertrochanteric Fractures with Use of an Intramedullary Nail or a 95° Screw-Plate.** / С. Sadowski, A. Lubbeke, M. Saudan, N. Riand, R. Stern, P. Hoffmeyer // *Journal of Bone and Joint Surgery America.* — 2002. — 84A. — P. 372-381.
7. **Haidukewych GJ. Hip arthroplasty for salvage of failed treatment of intertrochanteric hip fractures** / G.J. Haidukewych, D.J. Berry — *J. Bone and Joint Surgery America.* — 2003. — 85-A(5). — P. 899-904.
8. **A prospective trial comparing the Holland nail with the dynamic hip screw in the treatment of intertrochanteric fractures of the hip.** / N.J. Little, V. Verma, C. Fernando, D. [et al.] // *J. Bone and Joint Surgery — British Volume.* — 2008. — Vol. 90-B. — Issue 8. — P. 1073-1078.
9. **The standard Gamma nail or the Medoff sliding plate for unstable trochanteric and subtrochanteric fractures. A RANDOMISED, CONTROLLED TRIAL** / R. Miedel, S. Ponzer, H. Tornkvist [et al.] // *J. Bone and Joint Surgery — British Volume.* — 2005. — Vol. 87-B. — Issue 1. — P. 68-75.
10. **White B.L. Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's** / B.L. White, W.D. Fisher, C.A. Laurin // *J. Bone and Joint Surgery.* — 1987. — 69A. — P.241-248.
11. **Chan. Cemented Hemiarthroplasties for Elderly Patients With Intertrochanteric Fractures** / Chan, K. Casey, Gill, S. Gurley // *Clin. Ortop. & Rel. Res.* — 2000. — P. 206-215.
12. **Mortality and mobility after hip fracture in Japan.** / M. Tsuboi, Y. Hasegawa, S. Suzuki, H. Wingstrand, K.-G. Thorngren] // *J. Bone and Joint Surgery America.* — 2007. — 89B. — P. 461-466.

Стаття надійшла до редакції 20.01.2009 р.