

УДК 617.581-001.5-053.9-08

**В.О. Литовченко, Г.В. Бондарчук\*, Є.В. Гарячий\*,  
В.В. Суховецький, М.І. Березка, А.С. Кравченко\***

*Харківський національний медичний університет*

*\*КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків*

## **ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОЛІТРАВМОЮ**

Однією зі складних та до кінця не вирішених проблем є переломи проксимального відділу стегна, які у постраждалих похилого віку на тлі одержаної поєднаної травми створюють додаткові труднощі для лікування. На наш погляд, перевага повинна віддаватися малотравматичним, малоінвазивним методам, простим у виконанні та нетривалим за часом. Розроблена методика остеосинтезу фрагментів стегнової кістки при переломах вертлюгової ділянки у постраждалих похилого віку за допомогою стержного апарату добре зарекомендувала себе при лікуванні літніх постраждалих з політравмою. Застосування запропонованої методики виявило її переваги та дозволило покращити результати лікування даної категорії хворих.

**Ключові слова:** політравма, вертлюгова ділянка, стержневий апарат.

На сьогодні досить повно висвітлені питання клінічної картини та лікувально-діагностичного процесу у постраждалих з політравмою, але це стосується насамперед постраждалих молодого і зрілого віку. В той же час майже не вивченими залишаються його особливості у постраждалих похилого віку [1].

Хоча, за даними Г.Г. Рощіна зі співавт., серед постраждалих похилого віку переважають краніальний та краніоторакоабдоміноскелетний компоненти травми, пошкодження сегментів опорно-рухового апарату виявлені у 27 % постраждалих.

У структурі полісегментарних пошкоджень найбільше значення мають переломи кісток великих сегментів, таких як таз, стегно, гомілка. Однією з особливостей людей похилого віку є їхня схильність до травм. Наявність остеопорозу, який значно підвищує вірогідність перелому, є головною особливістю вказаного віку. У даної категорії людей значно гірше розвинена м'якотканнна система та знижений тонус м'язів, тому м'які тканини не гальмують травмуючу силу, в результаті чого кістка піддається більш інтенсивній руйнівній дії [2].

Найбільш складною та до кінця не вирішеною проблемою для травматологів

залишаються переломи проксимального відділу стегна, які у постраждалих похилого віку на тлі одержаної поєднаної травми створюють додаткові труднощі для лікування хворих [3].

Так, виконання занурювального синтезу при переломах проксимального відділу стегна у більшості випадків неможливе навіть у постраждалих з ізольованою травмою, оскільки у 92 % хворих наявна супутня патологія після травми прогресує та призводить до несприятливих наслідків незалежно від обраної оперативної тактики [4]. В той же час у постраждалих з політравмою виникає необхідність стабілізації кісткових фрагментів у найкоротші терміни. А у таких хворих сам хірургічний доступ, операційна травма, потенційна небезпека інфікування значною мірою зумовлюють потенційні ускладнення загального характеру [3].

Як і в цілому при лікуванні хворих з політравмою, у випадках переломів проксимального відділу стегнової кістки перевага повинна віддаватися малотравматичним, малоінвазивним методам, простим у виконанні та нетривалим за часом.

Для зменшення травматичності оперативного втручання нами була розроблена закрита щадна методика малотравматичного

© В.О. Литовченко, Г.В. Бондарчук, Є.В. Гарячий та ін., 2012

остеосинтезу фрагментів стегнової кістки при переломах вертлюгової ділянки у постраждалих похилого віку, яка добре зарекомендувала себе при лікуванні літніх постраждалих з політравмою [5, 6].

Мета дослідження — проаналізувати ефективність запропонованого способу остеосинтезу вертлюгової ділянки у постраждалих похилого віку з поєднаними пошкодженнями.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням знаходилися 20 постраждалих віком від 62 до 83 років (середній вік — 74 роки), які отримали перелом вертлюгової ділянки стегнової кістки в поєднанні з травмою однієї з анатомічних ділянок — черепно-мозковою, торакальною або абдомінальною. Тяжкість пошкоджень за шкалою ISS становила від 10 до 27 балів. Черепно-мозкова травма характеризувалася струсом або забоем головного мозку нехірургічного значення (13 випадків), торакальна травма — переломом від 2 до 6 ребер (5 випадків), в 3 — ускладнена пневмотораксом), абдомінальна — розривом селезінки або печінки (по 1 випадку). У всіх постраждалих була виявлена супутня патологія у вигляді ІХС, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, хронічних захворювань легень тощо.

Всім хворим проведені клініко-лабораторні дослідження, комп'ютерна томографія головного мозку, УЗД внутрішніх органів, консультації суміжних фахівців. Після виконання обстежень і необхідних хірургічних втручань чи маніпуляцій хворим монтували систему постійного скелетного витягу за стегнову кістку. На наступну добу після рентгенконтролю у 2 стандартних проєкціях, не демонтуючи систему скелетного витягнення під місцевою анестезією виконували остеосинтез.

Запропонована методика закритої фіксації переломів вертлюгової ділянки у людей похилого віку полягає у використанні апарату зовнішньої фіксації на основі стержнів, при цьому два базові стержні вводять з підвертлюгової ділянки трансцервікально. Дистальніше нижнього краю перелому на 4–5 см у діафізі стегнової кістки вводять стержень у сагітальній площині, після чого стержні з'єднуються між собою за допомогою стандартних вузлів апарату Ілізарова [7].

**Результати та їх обговорення.** Аналіз результатів оперативного лікування 20 хворих похилого віку за допомогою стержневого апарату за розробленою методикою до-

зволив позитивно оцінити його якості та виявити переваги.

Враховуючи поєднаний характер травми та наявність супутньої патології, проведення оперативного втручання під місцевим знеболюванням не погіршує загальний стан постраждалих, оскільки відсутні наслідки та ускладнення внутрішньовенного або іншого наркозу.

Відсутність великої операційної рани (стержні вводять через проколи в шкірі) дозволяє уникати крововтрати та попереджає розвиток потенційних інфекційних ускладнень.

Відсутність грубих фізичних маніпуляцій у ділянці перелому і швидкість виконання маніпуляцій зводять до мінімуму ризик виникнення больового синдрому, тромбоемболічних ускладнень.

Використання двоплосинної фіксації переломів вертлюгової ділянки виключає можливість розхитування і міграції стержнів у процесі лікування, забезпечує жорстку фіксацію та попереджує виникнення вторинного зміщення кісткових уламків. Жорстка фіксація кісткових уламків покращує нагляд за хворими, робить можливою та прискорює їхню активізацію, попереджає виникнення і розвиток гіпостатичних ускладнень.

Крім того, обґрунтована біомеханічно, технічно проста та компактна металоконструкція не викликає труднощів у догляді, не турбує хворого та може застосовуватися в усіх випадках переломів вертлюгової ділянки у постраждалих похилого віку.

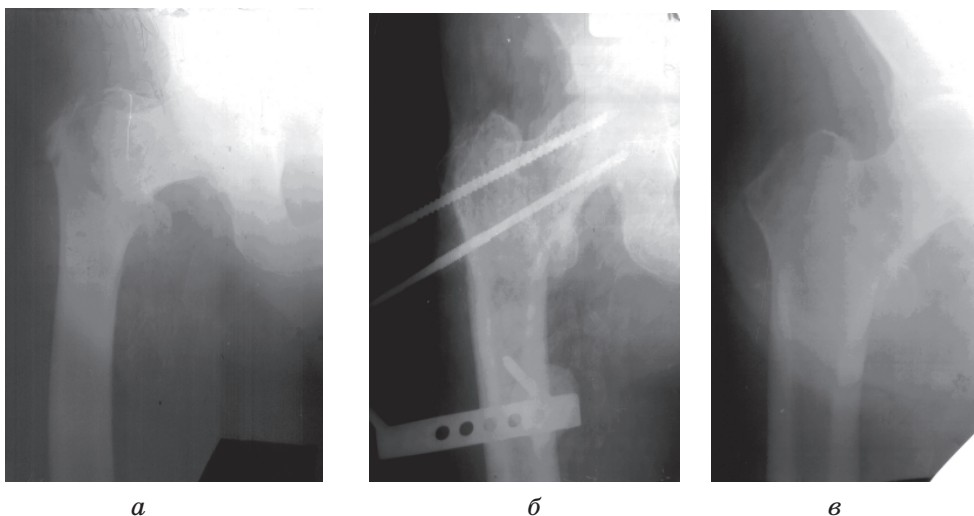
У найближчий термін спостереження позитивних результатів вдалося досягти у 95 %, у 1 хворій були вимушені демонтувати апарат через 5 тижнів через інфікування м'яких тканин навколо місць виходу стержнів, яке не вдалося вилікувати консервативними методами. Іншим хворим апарат демонтували в терміні від 8 до 12 тижнів при наявності клінічних і рентгенологічних ознак зрощення перелому.

Віддалені результати спостережень (від 4 місяців до 1 року після оперативного лікування) вивчені у 17 хворих. Незадовільних результатів не було. Всі хворі залишилися мобільними, 6 пацієнтів під час ходи користувалися палицею, 1 — милицями.

Наводимо клінічне спостереження. *Хвора Н.*, 78 років, госпіталізована в ургентному порядку з діагнозом поєднана торакальна та скелетна травма: тупа травма грудної клітки, перелом VI–XI ребер спра-

ва, закритий черезвертлюговий перелом правої стегнової кістки зі зміщенням уламків і відривом малого вертлюга (рисунок, а).

тажувати праву ногу, через 2,5 місяця хвора повністю наступала на кінцівку. Стержневий апарат демонтовано через 10 тижнів



Рентгенограма хворої Н.:

а — при госпіталізації; б — після остеосинтезу; в — через 3 місяці після оперативного лікування

На момент огляду стан хворої середнього ступеня тяжкості, пульс 92 уд/хв, АТ 170/100 мм рт. ст. Хвора оглянута терапевтом, невропатологом, встановлена супутня патологія: ІХС: атеросклеротичний аортокоронаркардіосклероз, стабільна стенокардія ІІ Ф.К., НК ІІ А, гіпертонічна хвороба ІІІ ст., дисциркуляторна енцефалопатія.

Під місцевою анестезією за дистальний відділ стегнової кістки змонтована система постійного скелетного витягнення. На другу добу після репозиції перелому, яка була підтверджена рентгенологічно, під місцевою анестезією хворій виконаний остеосинтез черезвертлюгового перелому правої стегнової кістки стержневим апаратом за запропонованою методикою (рисунок, б).

На другу добу після оперативного втручання хвору почали активізувати, висаджувати в ліжку, на сьому — навчили ходити за допомогою милиць без навантаження на праву нижню кінцівку.

Через 1 місяць після оперативного втручання хворій було дозволено дозовано наван-

при рентгенологічних і клінічних ознаках зрощення перелому. При контрольному огляді через 3 місяці після демонтажу апарату констатовано повне відновлення функції кінцівки (рисунок, в).

#### Висновки

1. У постраждалих похилого віку з політравмою з переломами вертлюгової ділянки доцільно застосовувати щадні, малотравматичні і малоінвазивні хірургічні методики.

2. Перевагами запропонованого методу остеосинтезу є:

- мінімальна травматизація кісткової та м'яких тканин;
- використання місцевої анестезії;
- швидкість та простота виконання;
- простий догляд за конструкцією.

3. Двоплосинна фіксація переломів вертлюгової ділянки виключає можливість розкитування та міграції стержнів у процесі лікування, забезпечує жорстку фіксацію та попереджує виникнення вторинного зміщення кісткових уламків.

#### Список літератури

1. Політравма у літніх людей / [Роцін Г. Г., Гур'єв С. О., Кузьмін В. Ю. та ін.]. — Вінниця, 2008. — 205 с.
2. Травматологія літнього віку. Книга І. Переломи шийки стегнової кістки у людей літнього і старечого віку / [Герцен Г. І., Процик А. І., Остапчук М. П., Малкаві Амір]. — К.: Сталь, 2003. — 170 с.
3. Бітчук Д. Д. Наш погляд на лікування переломів вертлюгової ділянки у хворих похилого та старечого віку / Д. Д. Бітчук, М. Ф. Хименко, В. В. Суховецький // Вісник ортопедії, травматології та протезування. — 2004. — № 3. — С. 37–40.

4. *Суховецкий В. В.* Анатомо-техническое обоснование остеосинтеза переломов вертельной области у больных пожилого и старческого возраста стержневыми конструкциями / В. В. Суховецкий, Д. Д. Битчук, М. Ф. Хименко // Экспериментальна і клінічна медицина. — 2004. — № 1. — С. 178–180.

5. Математическое обоснование остеосинтеза переломов вертельной области стержневой конструкцией при лечении больных пожилого и старческого возраста / Д. Д. Битчук, А. Г. Истомин, М. Ф. Хименко [и др.] // Український журнал телемедицини та медичної телематики. — 2004. — Т. 2, № 1. — С. 64–70.

6. *Суховецкий В. В.* Биомеханические характеристики остеосинтеза переломов вертельной области стержневыми аппаратами (экспериментальное исследование) / В. В. Суховецкий, М. Ф. Хименко, А. Г. Истомин // Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 2. — С. 123–126.

7. Пат. 64931А Україна, МПК А61В17/56. Спосіб остеосинтезу вертлюжних переломів стегнової кістки та пристрій для його здійснення / Бітчук Д. Д., Хименко М. Ф., Суховецкий В. В. — № 2003021659 ; заявл. 25.02.03 ; опубл. 15.03.04, Бюл. № 3.

***В.А. Литовченко, Г.В. Бондарчук, Е.В. Горячий, В.В. Суховецкий, Н.И. Березка, А.С. Кравченко***  
**ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИТРАВМОЙ**

Одной из сложных и до конца не решенных проблем являются переломы проксимального отдела бедра, которые у пострадавших пожилого возраста на фоне полученной сочетанной травмы создают дополнительные трудности для лечения. На наш взгляд, преимущество должно отдаваться малотравматичным, малоинвазивным методам, простым в выполнении и недолгим по времени. Разработанная методика остеосинтеза фрагментов бедренной кости при переломах вертлюжной области у пострадавших пожилого возраста с помощью стержневого аппарата хорошо зарекомендовала себя при лечении пожилых пострадавших с политравмой. Применение предложенной методики показало ее преимущества и позволило улучшить результаты лечения данной категории больных.

**Ключевые слова:** политравма, вертлюжная область, стержневой аппарат.

***V.A. Litovchenko, G.V. Bondarchuk, Ye.V. Garyachiy, V.V. Suhovetsky, M.I. Berezka, A.S. Kravchenko***  
**TREATMENT OF FRACTURES OF THE PROXIMAL PART OF THE FEMUR IN ELDERLY PATIENTS WITH POLYTRAUMA**

One of the complex and not completely solved problems are fractures of the proximal femur, which have affected elderly patients on the background of the combined injury creates further difficulties for treatment. In our opinion priority should be given to less traumatic, minimally invasive methods, easy to implement and brief in time. The developed method of osteosynthesis of fragments of the femur with trochanteric fractures with a rod apparatus is well proven in the treatment of elderly patients with multiple injuries. The use of the proposed method has shown its benefits and has improved the outcomes of these patients.

**Key words:** polytrauma, trochanteric area, rod apparatus.