

УДК 616.718.43/.44-001.5-08

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**¹Амраев С.А., ¹Абуджазар У.М., ¹Алмабаев Ы.А., ¹Абдуразаков У.А., ¹Альходжаев С.С.,
^{1,2}Ералиева Л.Т., ¹Жумабекова А.М., ^{1,2}Фахрадиев И.Р.***¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, e-mail: sultan.aa@mail.ru, ildariko@mail.ru;**²НИИ ФМ им. Б. Атабабара, Алматы*

В настоящее время переломы шейки бедренной кости наиболее часто встречаются у пожилых людей и количество переломов значительно возрастает прямо пропорционально увеличению средней продолжительности жизни населения. В данном исследовании проведена оценка функционального состояния и качество жизни пациентов в возрасте старше 50 лет (диапазон 50–80 лет) с переломами проксимального отдела бедренной кости, пролеченных двумя оперативными методами – остеосинтез канюлированными винтами и эндопротезирование тазобедренного сустава. В исследование было включено 148 пожилых пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости, в период с сентября 2014 года по май 2016 года поступивших в ГКБ № 4 г. Алматы. Проанализированы первичные данные пациентов. В течение одного года исследования, получены данные по объему движения, использования средств опоры и наличию болевого синдрома в обеих группах. Проанализированы данные об оценке качества жизни путем использования международной анкеты оценки качества жизни euro QoL-5D (EQ-5D). Функциональная оценка была выполнена в соответствии с количественной шкалой M.D'Aubigne и M. Postel в обеих группах. Даны рекомендации по ведению пациентов старше 50 лет с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Ключевые слова: перелом шейки бедренной кости, методы лечения, качество жизни**OPTIMAL METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH FRACTURES OF THE CORD OF THE FEMALE BONE****¹Amraev S.A., ¹Abudzhazar U.M., ¹Almabaev Y.A., ¹Abdurazakov U.A., ¹Alkhodzhaev S.S.,
^{1,2}Eralieva L.T., ²Zhumabekova A.M., ^{1,2}Fakhradiev I.R.***¹Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov, Almaty,
e-mail: sultan.aa@mail.ru, ildariko@mail.ru;**²Research Institute of FM named after B. Atchabarov, Almaty*

At the present time, fractures of the femoral neck are most common in the elderly. In this study, an assessment of the functional state and quality of life of patients over the age of 50 (range 50-80 years) with femoral neck fractures treated by two operative methods – osteosynthesis with cannulated screws and hip joint endoprosthesis was performed. The study included 148 elderly patients with a fracture of the neck of the femur during the period from September 2014 to May 2016, who entered the City Clinical Hospital No. 4 in Almaty. The primary data of patients are analyzed. Within one year of the study, data were obtained on the volume of motion, the use of supportive means and the presence of pain syndrome in both groups. Data on the evaluation of the quality of life were analyzed using the international questionnaire for assessing the quality of life euro QoL-5D (EQ-5D). The functional evaluation was performed in accordance with the quantitative scale of M. D'Aubigne and M. Postel in both groups. Recommendations for the management of patients older than 50 years with fractures of the femoral neck are given.

Keywords: femoral neck fracture, methods of treatment, quality of life

На рубеже XX и XXI вв. проблема переломов проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) перестала быть преимущественно гериатрической. Число пострадавших с ППОБК увеличивается во всем мире и сопровождается увеличением не только среди лиц молодого, но и пожилого возраста.

Несмотря на то, что ППОБК составляют от 5 до 12% от всех переломов в области тазобедренного сустава у лиц в возрасте до 60 лет, общая тенденция направляется к увеличению их количества и обусловлена ростом травматизма, а также повышением верхней границы молодого возраста.

По данным статистики переломы шейки бедренной кости наиболее часто встречаются у пожилых женщин. Трансцервикальные переломы не характерны для пациентов моложе 50 лет, хотя они и могут возникать во всех возрастных группах и вне зависимости от гендерной принадлежности [1].

Всеобщий анализ данных по скелетной травме показал наличие трансцервикальных переломов в 7% госпитализаций и совмещает в себе данные переломы в результате незначительной травмы остеопоротической кости у пожилых пациентов и высокоэнергетической травмы у более молодых пациентов.

Частота переломов у пациентов старше 50 лет возросла вследствие увеличения продолжительности жизни населения, транспортного движения и с достижениями в области медицинских технологий.

Хирургическое лечение переломов проксимального отдела бедренной кости является одной из основных и актуальных проблем в травматологии и ортопедии. Постоянное увеличение количества фиксаторов и способов оперативного лечения ППОБК говорит о сложности данной патологии и постоянном поиске наиболее оптимальных путей решения проблемы [2].

Одним из немаловажных значений в сокращении сроков стационарного лечения и снижении летальности пациентов с ППОБК является проведение незамедлительного и адекватного оперативного вмешательства, успехом которого служит не только адекватная репозиция отломков и их надежная фиксация, но также ранняя активизация больных и щадящее выполнение оперативного вмешательства.

Однако анатомические особенности проксимального отдела бедренной кости, такие как особенности кровоснабжения головки бедренной кости, создают дополнительные трудности при проведении репозиции костных отломков и могут служить причиной формирования ложных суставов и асептического некроза головки бедра.

Однако уже более 50 лет отсутствует единый оптимальный алгоритм лечения ППОБК у пожилых пациентов. Алгоритм ведения пациентов с внутрикапсулярными переломами бедренной кости в пожилом возрасте в целом включает резекцию головки бедренной кости и эндопротезирование тазобедренного сустава [3].

Хирургическое лечение ППОБК является одной из наиболее распространенных процедур, выполняемых ортопедами. Однако оптимальный вариант лечения для пациентов с ППОБК остается дискуссионным.

Напротив, для пациентов моложе 50 лет сохранение бедренной головки, анатомическая репозиция и стабильная фиксация перелома шейки бедренной кости – основное решение проблемы [4].

Вопреки вышеизложенному остается спорным вопрос о применении пациентам в возрасте старше 50 лет внутренней фиксации винтами или артропластики. В этой возрастной группе оптимальное лечение должно быть индивидуализированным в зависимости от характера перелома, предоперационного медицинского обслуживания, уровня качества жизни, инвалидности и общего состояния здоровья пациента.

На данный момент имеется много вариантов лечения, которые включают биполярное и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, остеосинтез винтами и DHS пластиной [5].

Несмотря на великое разнообразие вариантов лечения, вопрос об оптимальном лечении для пожилых пациентов с переломом шейки бедренной кости остается открытым. Часто утверждалось, что сращение шейки бедренной кости в результате остеосинтеза будет благоприятнее в отношении функции тазобедренного сустава, чем после эндопротезирования тазобедренного сустава [6].

Остеосинтез сохраняет бедренную головку и естественное строение тазобедренного сустава при условии, что перелом консолидируется и головка не подвергнется аваскулярному некрозу.

Основными осложнениями остеосинтеза являются формирование ложного сустава и асептический некроз головки бедренной кости, в результате таких осложнений потребуются повторная операция – биполярное или тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава [7].

Основной целью данного исследования является оценка функционального состояния и качество жизни пациентов в возрасте старше 50 лет с переломами проксимального отдела бедренной кости, пролеченными двумя оперативными методами: остеосинтез канюлированными винтами, эндопротезирование тазобедренного сустава.

Исследование разрешено локальным этическим комитетом № 291 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и проводилось в соответствии с мировыми этическими стандартами.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 148 пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, поступивших в период с сентября 2014 года по май 2016 года в ГКБ № 4 г. Алматы. В течение указанного периода пациенты с переломами проксимального отдела бедренной кости были госпитализированы в стационар. Из 148 пациентов было 50 мужчин и 98 женщин, средний возраст составлял 70,2 лет (диапазон 50–80 лет).

Пациенты были разделены на две группы: группа «А» включала 58 пациентов, которым проведена операция методом закрытой репозиции и остеосинтез канюлированными бедренными винтами. Группа «В» включала 90 пациентов, которым была проведена операция методом артропластики тазобедренного сустава.

Первичные данные пациентов обеих групп представлены (табл. 1). Критерии включения для этого исследования – «свежий» перелом шейки бедренной кости, возраст старше 50 лет. У пациентов группы «А» произведен остеосинтез с канюлированными

винтами, в соответствии с правилами Lindequist and Tornkvist, винты установлены в пределах 3 мм от кортикального слоя. В группе «В» – проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, установка эндопротеза производилась через антеролатеральный доступ (доступ Хардинга) во всех случаях.

Доступ к тазобедренному суставу и имплантация эндопротезов осуществлялся передненаружным доступом, который является широко применяемым, при вмешательствах на тазобедренном суставе. Капсула сустава рассекается продольно с перпендикулярными надрезами до 1 см в обе стороны в местах ее прикрепления к переднему краю вертлужной впадины и основанию шейки бедра. Данный доступ позволяет обеспечить адекватный визуальный контроль вертлужной впадины и проксимальные отделы бедренной кости.

Имплантация эндопротеза осуществлялась согласно предоперационному планированию. Правильное расположение компонентов эндопротеза контролировалось рентгенограммой.

Пациенты обеих групп получали антибиотико-профилактику цефалоспорины второго поколения и антикоагулянтную терапию с низкомолекулярным гепарином.

Послеоперационный протокол мобилизации включал немедленную активизацию начиная со второго послеоперационного дня (после УЗИ сосудов нижних конечностей) с частичной нагрузкой на оперированную конечность с использованием костылей или ходунков в течение 8 недель, после 8 недель полная нагрузка на оперированную конечность. Пациенты после артропластики были проинструктированы относительно мер предосторожности во избежание вывиха эндопротеза.

Послеоперационная оценка осуществлялась через 6 и 12 месяцев. Функциональная оценка была выполнена в соответствии с количественной шкалой M.D'Aubigne и M. Postel в обеих группах.

Дополнительно пациентам было предложено заполнить анкету для оценки качества жизни. Использована международная анкета оценки качества жизни euro QoL-5D (EQ-5D).

Результаты исследования и их обсуждение

Первичные данные пациентов показали одинаковый средний возраст пациентов (70,2 лет).

Немаловажное влияние на определение тактики хирургического лечения пациентов с ППОВБ оказало наличие сопутствующей

патологии у пациентов, которая в результате обследования была выявлена у 90%. Хронические заболевания в 20% случаев требовали дополнительной коррекции перед оперативным вмешательством или дополнительного обследования, с целью снижения факторов риска и детализацией ее проявления.

Однако отказа в операции, из-за высокой степени анестезиологического риска, который превышал риск хирургического лечения, не наблюдалось. Основная жалоба больных на боли в тазобедренном суставе имела место у всех пациентов.

Общее состояние пациентов согласно шкале ASA не имело значительных отличий (табл. 1).

В течение одного года исследования, мы получили данные по объему движения, использования средств опоры и наличие болевого синдрома в обеих группах (табл. 2). Данные показали, что в группе «А» значительно выше количество пациентов без возможности самостоятельного передвижения и прикованных к постели (группа А – 9%, против группа В – 3%). В группе «В» пациенты в 77% случаев обходятся без внешних средств опоры или используют одну трость, тогда как в группе А – только 50%. Использование колясок: группа А – 7%, группа В – 1%.

В результате 1 года исследования в группе «В» осложнений не выявлено. Напротив, в группе «А» мы наблюдали 53% осложнений у пациентов, которым была показана повторная операция (табл. 3).

Выводы

В настоящее время подготовка медицинских специалистов в РК не ориентирована на потребности пациентов пожилого возраста. На наш взгляд, все медицинские работники должны проходить специальное обучение с учетом потребностей стареющего населения. Эти меры способны привести не только к улучшению условий жизни населения, но и окажутся полезными для общества в целом.

Таблица 1

Первичные данные пациентов при поступлении

Данные	Группа А (n – 58)	Группа В (n – 90)
Возраст	70,2 (50–96)	70,2 (50–96)
Гендерная принадлежность: женщины /мужчины	33/25	45/45
Сторона повреждения: Правая/левая	34/24	52/38
ASA шкала:		
● II	● 14 (24%)	● 16 (18%)
● III	● 39 (67%)	● 72 (80%)
● IV	● 5 (9%)	● 2 (2%)

Таблица 2

Сравнение результатов лечения

Результаты лечения через 1 год после травмы	Группа А (n – 58)	Группа В (n – 90)	р-показатель
Объем движений			
– Ходит самостоятельно на улицу	– 31(53 %)	– 46 (52 %)	<0,001
– Ходит на улицу с помощью	– 11(19%)	– 10 (11 %)	
– Ходит самостоятельно в помещении	– 11(19%)	– 31 (34 %)	
– Ходит в помещении с помощью	– 2 (4%)	– 2 (2 %)	
– Не ходит	– 3 (5%)	– 1 (1 %)	
Средства опоры:			
– не использует	– 14 (24 %)	– 31 (35 %)	<0,001
– 1 трость	– 15 (26 %)	– 38(42 %)	
– 2 костыля	– 15 (26 %)	– 17 (19 %)	
– ходунки	– 10 (17 %)	– 3 (3 %)	
– коляска	– 4 (7 %)	– 1 (1 %)	
Боли в тазобедренном суставе:			
– острая боль в покое	0	– 0	<0,001
– острая боль при движении	0	– 0	
– боль (терпимая)	– 12 (21 %)	– 31 (35 %)	
– боль при ходьбе и быстро проходит в покое	– 23 (40 %)	– 21 (23 %)	
– незначительная боль при первых шагах	– 11 (18 %)	– 17 (19 %)	
– нет боли	– 12 (21 %)	– 21 (23 %)	
– не могу ответить	0	0	

Таблица 3

Послеоперационные осложнения

Группы	Осложнения	Количество пациентов (%)
Группа А (n – 58)	1. Ложный сустав	1. 6 (10 %)
	2. Асептический некроз	2. 18 (31 %)
	3. Миграция металлоконструкции	3. 7 (12 %)
Группа В (n – 90)	Не было	Не было

Проведенный анализ, сравнивающий клинические эффекты внутреннего остеосинтеза и артропластики для пациентов с ППОБК, не показал значительной разницы в смертности в течение первого года после операции между двумя группами.

Однако, по сравнению с остеосинтезом, артропластика снижает риск повторных операции и основных осложнений, связанных с остеосинтезом. Данный анализ показывает, что существует доказательная база для поддержки артропластики в качестве первичного лечения пациентов с ППОБК.

По результатам нашего исследования определено, что лучшие результаты лечения, касательно объема движения и использования средств опоры были у пациентов, которым первично проведена операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Современные эндопротезы тазобедренного сустава соответствуют высоким требованиям качества, которое достигается применением сложных технологий и использованием дорогостоящих материалов.

В ходе однолетнего исследования было выявлено значительное количество осложнений (53 %) у пациентов, пролеченных внутренним остеосинтезом перелома шейки бедренной кости. Данные осложнения (ложный сустав – 10 %, асептический некроз – 31 %, миграция металлоконструкции – 12 %) приводят к повторным операциям, что является не только дополнительной травматизацией, анестезией для пациентов, но в ряде случаев является причиной возникновения стрессо-депрессивных состояний.

Исходя из вышеизложенного мы склонны рекомендовать пациентам с переломами проксимального отдела бедренной кости старше 50 лет первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

На наш взгляд, неудовлетворительные результаты, полученные на фоне проведенного первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с ППОБК старше 50 лет, связаны не только с возможными техническими ошибками и погрешностями предоперационного периода, а с недостаточным предоперацион-

ным обследованием на фоне ограниченного временного промежутка и, как следствие, недооцененной тяжестью сопутствующей патологии.

Список литературы

1. Keating J., Bucholz R.W., Court Brown C.M., Heckman J.D. Rockwood and Green's fractures in adults, 7th edn, 2010. Chap 47. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. – P. 1561–1562.
2. Канзюба М.А., Канзюба А.И., Чаплинский В.П. Ипсилатеральные переломы шейки и диафиза бедренной кости: хирургическая тактика // Травма. – 2014. – Т. 15, № 2. – С. 104–107.
3. Ключевский В.В., Самодай В.Г., Гильфанов С.И., Михайленко Б.С. Сравнительная характеристика результатов остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости в зависимости от возраста пациента, сроков с момента травмы до операции и вида фиксатора // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 56–59.
4. Шимон В.М., Литвак В.В., Шерегий А.А. Лечение остеопоротических переломов шейки бедренной кости // Научный медицинский вестник Югры. – 2013. – № 2 (4). – С. 68–72.
5. Казанин К.С., Басов А.В., Шпаковский М.С., Грибанов Н.И., Ардашев И.П., Никитенко Е.В. Сравнительное исследование костного регенерата после остеосинтеза переломов шейки бедренной кости биоинертными и биоактивными имплантатами с кальцийфосфатным покрытием (экспериментальное исследование) // Травматология и ортопедия России. – 2015. – № 3 (77). – С. 51–60.
6. Белинов Н.В. Эволюция оперативных методов лечения переломов шейки бедренной кости // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т. 120, № 5. – С. 22–25.
7. Гнетецкий С.Ф. Социальное значение и результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в старческом возрасте // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 54–56.