

Шевалаев Г. А., Дёмин В. П., Волгаев Б. К., Ефремов И. М.

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2009/5/74.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2009. № 5 (24). С. 181-182. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2009/5/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

Список использованной литературы

Авт. св. 1817456 (СССР). Способ получения амида фуран-2-карбоновой кислоты / В. В. Посконин, Л. А. Бадовская. Заявл. 24.11.86. Опубл. не подлежит.

Посконин В. В., Бадовская Л. А. Исследование в ряду замещенных бутан- и бутенолидов. IX. Синтез новых 4-карбокситетрагидрофуранов и их производных // Журн. органич. химии. 1994. Вып. 7. Т. 30.

Посконин В. В. Реакции фурановых соединений в системе пероксид водорода - соединение ванадия - растворитель и синтеза функционально замещенных гидрофуранов: дис. д-ра хим. наук (ДСП). Краснодар, 2001. 348 с.

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ

*Шевалаев Г. А., Дёмин В. П., Волгаев Б. К., Ефремов И. М.
Ульяновский государственный университет*

До настоящего времени одной из актуальных проблем травматологии остается лечение переломов проксимального отдела бедра. В России и во всем мире, ожидается резкое увеличение переломов проксимального отдела бедренной кости, прежде всего, у лиц пожилого и старческого возраста [Беневоленская, Михайлов, Мылов, 1997, с. 2; Ogioy, Suissa, Yaffe, 1994, p. 8].

Особое место среди переломов проксимального отдела бедра принадлежит переломам шейки бедра [Ан-кин, 1997, с. 1; Думбров, Думбров, 1995, с. 4]. Неудовлетворительные результаты после оперативного лечения в виде несращений переломов и асептических некрозов головки бедренной кости достигает 25-30% [Ан-кин, 1997, с. 1; Лирцман, Зоря, Гнетецкий, 1997, с. 6].

Переломы проксимального отдела бедренной кости по целому ряду причин требуют особого подхода к лечению, поскольку травма у пожилого пациента - это комплексная терапевтическая, хирургическая, психологическая и социальная проблема, решать которую должны не только медики разных специальностей, но и реабилитологи, психологи, социальные работники.

Лечение больных с переломами проксимального отдела бедра является серьезной проблемой. Тактика лечения больных с переломами вертельной области в травматологии прошла несколько этапов и претерпела определенные изменения. Ранее основным методом лечения являлся консервативный, который заключался в применении постоянного скелетного вытяжения. Несмотря на возможную консолидацию переломов вертельной области при консервативном лечении, результаты лечения не могут считаться удовлетворительными. Многие пациенты если и переносят длительное скелетное вытяжение, за время постельного режима ослабевают, развивается мышечная гипотрофия, контрактуры суставов, что во многих случаях приводит больных к малоподвижности.

Важнейшей задачей лечения является сохранение жизни пострадавшего, что достигается выполнением в кратчайшие сроки оперативного вмешательства. Ранняя активизация пожилых и старых больных с переломами шейки бедра, исключает развитие осложнений, которые могут стать причиной летального исхода.

Оперативное лечение позволяет таким больным не только избежать гипостатических осложнений, которые неизбежны при консервативном лечении, но и уменьшить болевой синдром, а также в целом улучшить качество их жизни, вернуть больного в привычную для него обстановку, к исходному уровню двигательной, социальной и профессиональной активности.

Подобная тактика лечения в идеальном своем варианте встречается в крупных центрах. В регионах чаще применяется консервативный подход в лечении этой категории больных. Значительная группа больных вообще не госпитализируется, их лечение осуществляется в амбулаторных условиях.

Проведен анализ историй болезни 1047 больных с переломами проксимального отдела бедра (ПОБ), получавших медицинскую помощь в БСМП г. Ульяновска за период 2004-2008 гг. В 2004 году - 214 больных, в 2005 году - 210 больных, в 2006 году - 169, в 2007 - 207, 2008 - 247.

По нашим данным переломы наблюдались чаще у женщин - 67,3%, так же как и в других исследованиях [Войтович, 1996, с. 3; Лирцман, 1972, с. 5; Сергеев, 1996, с. 7]. Возможно, это связано с анатомическими особенностями шейки и демографическими показателями.

Среди 1047 наблюдений, 55,5% составили больные с переломами шейки бедра, 37,9% больные с чрез- и межвертельными переломами и 6,6% с подвертельными переломами. В госпитальных условиях лечение проводилось в 44,2% случаев, амбулаторное лечение в 55,8%. При госпитализации выполнялась новокаиновая блокада места перелома, а далее в зависимости от тактики лечения проводилась спица Киршнера для скелетного вытяжения или же накладывался деротационный гипсовый «сапожок» с дальнейшей подготовкой больного к операции. Тем больным, которые не госпитализировались, в приемном покое производили новокаиновую блокаду места перелома и накладывали деротационный гипсовый «сапожок».

Данные свидетельствуют, что преобладающее количество больных с переломами проксимального отдела бедра не госпитализируются и лечение их осуществляется в амбулаторных условиях. Хотя уже известно, что без остеосинтеза добиться сращения перелома проксимального отдела бедра практически невозможно. Особенно это касается переломов шейки бедра, выявлено, что из 581 случая, в 41,5% госпитализации подлежало 241 больной, что составило 41,5%, а 340 больным помощь оказана в приемном покое, что составило 58,5%.

Таблица 1. Распределение переломов проксимального отдела бедра по годам

Год	Условия оказания помощи	Локализация перелома			Всего
		S 72.0	S 72.1	S 72.2	
2004	Госпитализация	53	31	5	89
	Амбулаторно	73	45	7	125
	Всего	126	76	12	214
2005	Госпитализация	44	32	5	81
	Амбулаторно	70	54	5	129
	Всего	114	86	10	210
2006	Госпитализация	48	24	9	81
	Амбулаторно	55	30	3	88
	Всего	103	54	12	169
2007	Госпитализация	37	39	11	87
	Амбулаторно	69	47	4	120
	Всего	106	86	15	207
2008	Госпитализация	59	51	15	125
	Амбулаторно	73	44	5	122
	Всего	132	95	20	247
Итого		581 (55,5%)	397 (37,9%)	69 (6,6%)	1047 (100%)

Таблица 2. Распределение переломов по локализации

Итого	Пол	Госпитализация				Амбулаторно			
		S72.0	S72.1	S72.2	Всего	S72.0	S72.1	S72.2	Всего
705 (67,3%)	Ж	139	82	26	247	271	169	18	458
342 (32,7%)	М	102	95	19	216	69	51	6	126
1047 (100%)	Всего	241	177	45	463 (44,2%)	340	220	24	584 (55,8%)

При лечении 397 больных с чрезвертельными и межвертельными переломами, в госпитальных условиях лечение осуществлялось в 44,6%, в амбулаторных условиях - 55,4%. Из 69 случаев подвертельных переломов, в 65,2% лечение проводилось в госпитальных условиях и 34,8% - амбулаторно.

Несмотря на то, что в настоящее время наиболее оптимальным методом лечения переломов шейки бедра считается раннее эндопротезирование, осуществить на практике это не всегда удается. В короткие сроки после травмы, эндопротезирование в большинстве случаев, возможно лишь в коммерческих условиях. Другие возможности: эндопротезирование по федеральным квотам, выделенным региону; эндопротезирование за счет фонда социального страхования при условии инвалидности по данному заболеванию, также не позволяют в ближайшие сроки после травмы выполнить эндопротезирование. Чаще всего эндопротезирование выполняется по истечении, какого либо срока после травмы - 3, 6 и более месяцев, когда уже имеются осложнения травмы, в виде несращения или ложного сустава шейки бедренной кости.

Выводы:

1. Из выше изложенного следует, что активной хирургической тактике при переломах проксимального отдела бедра препятствуют: сложившиеся годами стереотипы лечения, несвоевременная доступность оперативных методов лечения и, прежде всего эндопротезирования.

2. Совместно с фондом социального страхования (ФСС) рассмотреть механизмы перевода данной категории больных на инвалидность в короткие сроки после травмы, что позволит приобрести эндопротез за счет средств ФСС.

3. Активизировать хирургическую тактику при лечении этой категории больных, в первую очередь при переломах шейки бедра.

Список использованной литературы

Анкин Н. Л. Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедра // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 1997. № 2.

Беневоленская Л. И., Марова Е. Н., Рожинская Л. Я., Михайлов Е. Е. Остеопороз: эпидемиология, диагностика. Кальцитонин в лечении остеопороза // Метод. рекомендации для врачей. М., 1997. 32 с.

Войтович А. В. Оперативное лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в системе медицинской реабилитации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1994. 40 с.

Думбров Д. А., Думбров В. Д. Особенности течения переломов костей и суставов у лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 1995. № 4.

Лирцман В. М., Зоря В. И., Гнетцкий С. Ф. // Вестн. травматол. и ортопед. 1997. № 2.

Лирцман В. М. Переломы бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1972.

Сергеев С. В. Выбор оптимальных методов оперативного лечения переломов шейки бедренной кости: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.

Orioy A., Suissa M., Yaffe P. et al // Bone Miner. 1994. Vol. 27.