

Клинико-рентгенологическая характеристика пострадавших с переломами вертельной области бедренной кости

С.А. Ушаков, врач травматолог-ортопед МУ «Городская больница № 36 (травматологическая)», г. Екатеринбург (соискатель ФГУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий») **Ю.П. Солдатов**, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией коррекции деформаций и удлинения конечностей Федерального государственного учреждения «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» (ФГУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий») **С.Ю. Лукин**, кандидат медицинских наук, главный врач МУ «Городская больница № 36 (травматологическая)», г. Екатеринбург, МУ «Городская больница № 36», г. Екатеринбург, ФГУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий», г. Курган

Clinical radiological classification of patients with trochanteric area fractures

S.A. Ushakov, Y.P. Soldatov, S. Y. Lukin

Резюме

У 122 пострадавших с переломами вертельной области бедренной кости в возрасте от 20 до 87 лет изучены клинико-рентгенологические характеристики повреждений, сопутствующие заболевания и травмы, оценена тяжесть общего состояния. Выявленные признаки обосновывают этапность и комбинированность лечения сопутствующих травм и патологических состояний органов и систем.

Ключевые слова: перелом, вертельная область, бедренная кость, сопутствующие заболевания, тяжесть состояния

Resume

We have studied clinical radiological characteristics of injuries, associated diseases and traumas in 122 patients aged 20-87 years old with trochanteric area fractures. Identified signs proved stage by stage and combined management of associated traumas and pathologic conditions of organs and systems.

Key words: fracture, trochanteric area, associated disease, severity of condition

Введение

Среди повреждений опорно-двигательной системы переломы вертельной области бедренной кости составляют 5,9 %, а от числа всех пострадавших с переломами бедренной кости – 52,3 % [1].

Анатомические особенности проксимального отдела бедра и широкий спектр сопутствующей патологии, который наблюдается у 95 % пострадавших [2], вызывают различные осложнения со стороны опорно-двигательной системы, а также декомпенсированные состояния жизненно важных органов и систем, что создает значительные трудности в лечении и реабилитации больных.

В связи с возрастными особенностями пострадавших, тяжестью сопутствующих заболеваний и травм имеется большой процент неудовлетворитель-

ных результатов лечения и летальности, а по данным авторов [3] различные осложнения после хирургического лечения переломов вертельной области бедренной кости с применением фиксаторов возникают у 21,7 % случаев.

Поэтому для определения и обоснования тактики лечения пострадавших с переломами вертельной области бедренной кости необходимо определить клинико-рентгенологические характеристики повреждений, изучить сопутствующие заболевания и травмы, оценить тяжесть общего состояния.

Материал и методы

Под наблюдением в травматологическом отделении городской больницы № 36 г. Екатеринбурга находилось 122 больных в возрасте от 20 до 87 лет со 124 переломами вертельной области бедренной кости, включая множественные переломы. Пострадавшие трудоспособного возраста составили 54,1 % (66 пациентов), з пожилого и старческого возраста – 45,9 % (56 больных). Количество поступивших на лечение мужчин и женщин приближалось к одинаковым показателям.

Ответственный за ведение переписки:

Солдатов Юрий Петрович, office@ilizarov.ru
640014, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 86
ФГУ «РНЦ «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова
Росмедтехнологий»

Таблица 1. Распределение больных по виду травматизма и полу.

Вид травматизма	Пол		ВСЕГО	%
	Мужчины	Женщины		
Транспортный	16	7	23	18,8
Производственный	14	1	15	12,3
Бытовой	33	51	84	68,9
ИТОГО	63	59	122	100

Таблица 2. Распределение больных по шоковому индексу.

Выраженность шока	Шоковый индекс	Возрастные группы			Всего
		молодой и средний возраст	пожилой возраст	старческий возраст	
Без шока	до 0,5	12	45	33	90
I степень	0,6-1,0	6	-	-	6
II степень	1,1-1,5	19	1	-	20
III степень	1,6-2,0	6	-	-	6
ИТОГО:		43	46	33	122

Результаты и обсуждения

Наибольшее количество переломов (табл. 1) было получено в результате бытовых травм - 84 (68,9 %). Переломы произошли в результате падения с высоты роста человека на улице и дома у 79 пострадавших, падения с высоты более одного метра – у 4, от прямого удара – у одного. Травмы в результате транспортных происшествий составили 23 случая (18,8 %): внутри автомобиля пострадали 9 пациентов, двое пострадавших - водители мотоциклов, 10 человек были сбиты автомобилем на улице, двое пациентов поступили после транспортной травмы на железной дороге. Производственные травмы отмечались у 15 человек (12,3 %): работа без привязных ремней привела к падению с высоты в 9 случаях, от удара тяжелым предметом на производстве пострадало 5 человек, от сдавления и скручивания конечности движущимся механизмом – один пациент.

Основной контингент пострадавших (119 пациентов, 97,5 %) поступили на лечение в стационар в первые сутки после травмы. Один пациент для оперативного лечения был переведен из ЦРБ через две недели после травмы.

В состоянии шока госпитализированы 32 человека (26,2 %) (табл. 2). У большинства пациентов (90 человек, 73,8 %) шоковый индекс не превышал значения 0,5. У 6 пострадавших (4,9 %) значение шокового индекса составило 0,6-1,0, что соответствовало потере крови до 30 % от циркулирующего ее объема и I степени шока. У 20 пациентов (16,4 %) значение шокового индекса составило 1,1-1,5, что соответствовало потере 50 % объема циркулирующей крови и II

степени шока. Шесть пациентов молодого и среднего возраста (4,9 %) поступили в крайне тяжелом состоянии, имели значения шокового индекса 1,6-2,0 и более, что соответствовало потере 70 % объема циркулирующей крови и III степени шока. Шоковые состояния были характерными у пострадавших молодого и среднего возраста (31 человек), что было связано с наличием сочетанных и множественных травм.

Наибольшее количество больных поступило на лечение с многооскольчатыми чрезвертельными, межвертельными с дополнительным переломом медиального кортикального слоя (110 случаев, 88,7 %). Данные виды переломов являлись нестабильными и требовали обоснованного применения определенного вида фиксатора при интрамедуллярном остеосинтезе, индивидуального режима восстановления двигательной активности.

В 96 % случаев вертельные переломы бедренной кости сопровождались смещением костных отломков.

У 41 пациента (33,6 %) выявлены сопутствующие повреждения различной локализации (87 случаев) (табл. 3). Среди сопутствующих травм наибольшее количество случаев составили повреждения костей и сочленений таза (21 человек, 24,1 %), переломы ребер с повреждением легкого (9 человек, 10,3 %), ушибы головного мозга различной степени тяжести с субарахноидальным кровоизлиянием (12 человек, 13,8 %), повреждения органов брюшной полости (10 человек, 11,5 %), переломы бедренной кости с противоположной стороны (4 человека, 4,6 %), переломы костей голени и стопы (9 человек, 10,3 %), переломы костей предплечья (11 пациентов, 12,6 %).

Таблица 3. Распределение пострадавших по видам сопутствующих повреждений.

Сопутствующие повреждения	Кол-во сопутствующих повреждений	Доля среди сопутствующих повреждений %	Доля среди всех пациентов %
Сотрясение головного мозга	2	2,3	1,6
Ушиб головного мозга (легкой и средней степени тяжести), субарахноидальное кровоизлияние	11	12,6	9,0
Ушиб головного мозга (тяжелой степени), субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговые гематомы	1	1,2	0,8
Компрессионный неосложненный перелом тела L 2 позвонка	1	1,2	0,8
Повреждение органов брюшной полости			
- разрыв селезенки	3	3,4	2,5
- разрыв печени	4	4,6	3,3
- повреждение кишки	1	1,2	0,8
- мочевого пузыря	2	2,3	1,6
Переломы ребер, повреждения органов грудной клетки, гемопневмоторакс	9	10,3	7,4
Переломы костей таза:			
- ротационно-нестабильные повреждения тазового кольца	13	14,9	10,7
- вертикально нестабильные повреждения тазового кольца	5	5,8	4,1
- переломы вертлужной впадины	3	3,4	2,5
Переломы бедра в средней и нижней трети	4	4,6	3,3
Переломы надколенника	1	1,2	0,8
Переломы костей голени и стопы:			
- переломы диафиза берцовых костей	4	4,6	3,3
- переломы пяточной кости	3	3,4	2,5
- переломы лодыжек	2	2,3	1,6
Травматический дефект бедра	1	1,2	0,8
Травматический дефект голени	2	2,3	1,6
Переломы плечевой кости	3	3,4	2,5
Переломы костей предплечья	11	12,6	9,0
Повреждения седалищного нерва	1	1,2	0,8
Итого:	87	100	71,3

Таблица 4. Распределение поступивших на лечение больных с политравмой по классам тяжести состояния.

Класс тяжести состояния	I	II	III	IV	Всего:
Количество пострадавших	2	10	14	15	41
%	4,9	24,4	34,1	36,6	100

Учитывая, что у каждого третьего пациента с переломами вертельной области бедренной кости наблюдали сопутствующие повреждения других сегментов, целесообразным явилась оценка тяжести состояния пострадавшего для уточнения тактики и очередности лечения повреждений.

Для оценки тяжести состояния пострадавших использовали модифицированную шкалу AIS, разработанную в 1971 году Американской Ассоциацией по развитию автоматизированных систем в медицине (AAAM-American Association of Automotive Medicine).

Двадцать девять пострадавших (23,8 %) характеризовались тяжелым и очень тяжелым состоянием и нуждались в этапных печениях (табл. 4).

У 92 пациентов (75,4 %) (235 случаев) выявлены различные сопутствующие заболевания и состояния. Возраст пациентов с сопутствующими заболева-

ниями колебался от 37 до 87 лет и в среднем составил 63,4±6,1 лет. Распространенными патологическими состояниями являлись сердечнососудистые заболевания (60,4 %), коксартроз (13,2 %), анемия (8,1 %).

Таким образом, переломы вертельной области встречаются как у пострадавших трудоспособного возраста в сочетании с переломами других локализаций в следствии высокоэнергетичной травмы, так и у пострадавших пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. Данное положение требует соответствующей предоперационной подготовки и разработки рациональной тактики лечебных мероприятий у данного контингента больных, направленной на профилактику и снижение количества ошибок и осложнений при осуществлении интрамедуллярного остеосинтеза, улучшения результатов лечения данной категории больных при специализированной помощи. ■

Литература:

1. Азизов М. Ж., Алибеков М. М., Валиев Э. Ю. К вопросу о лечении вертельных переломов бедренной кости. Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. №3. С. 56-59.
2. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза. А. Ф. Лазарев [и др.] Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2004. №1. С. 56-59.
3. Кожакматова Г. С., Бегалиев А. А., Осмоналиев Н. К. Результаты хирургического лечения переломов вертельной области бедренной кости. Центральное-азиатский медицинский журнал. 2006. Т. 12, №3 (Приложение). С. 206-207.