

---

Klinika Traumatologiczna. Instytut Chirurgii. Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: doc. dr. hab. n. med. Tadeusz Jastrzębski

Tadeusz JASTRZĘBSKI, Stefan ŁĄCZEK,  
Krzysztof MICHAŁOWSKI

### Wyniki pozastawowego zespalania złamań szyjki kości udowej

Результат внесуставного анастомозирования переломов шейки бедренной кости

Results of Extra-articular Fixation of the Femoral Neck Fractures

Złamania szyjki kości udowej występują prawie wyłącznie u ludzi w wieku podeszłym i zaliczane są do tzw. złamań starczych (3, 4, 6). Według badań licznych autorów, największa liczba tych złamań przypada na okres powyżej 60 roku życia (6, 7). Ostatnio coraz częściej notowane są przypadki tego rodzaju złamań w bardzo późnym wieku, 80, a nawet 90 lat (5, 7).

Okres zrostu złamania szyjki kości udowej jest bardzo długi i wynosi średnio 10—12 miesięcy. Często też zrost złamania nie następuje w ogóle. De Palma podaje, że dotyczy to 1/3 przypadków (cyt. 1). Uraz powodujący złamanie szyjki kości udowej nie jest na ogół ciężki i nie obciąża zbyt mocno ustroju. Niebezpieczne natomiast są następstwa długotrwałego unieruchomienia w łóżku. Bezczynność i przymusowa pozycja prowadzą do rozkojarzenia funkcji szeregu narządów wewnętrznych. W tych warunkach łatwo dochodzi do powikłań ogólnych i miejscowych, jak zapalenie płuc, zawał, zator, niewydolność krążenia, niewydolność nerek, zaburzenia funkcji pęcherza, postępująca otyłość starcza, psychozy, odleżyny i zakażenia. Te względy dyktują taktykę czynnego postępowania. Operujemy więc wszystkie przypadki świeżych złamań szyjki kości udowej. Wyjątkowo tylko, nie uzyskując zgody chorego, prowadzimy leczenie zachowawcze, stosując wyciąg lub gips biodrowy, albo tylko bucik derotacyjny.

Przyjętym w klinice zabiegiem operacyjnym w przypadku złamań szyjki kości udowej jest pozastawowe zespolenie odłamów. Jest to zabieg niewielki i dobrze na ogół znoszony, nawet przez najciężej chorych. Poprzedzany jest on zawsze kilkudniowym wyciągiem bezpośrednim lub pośrednim za chorą kończynę w ułożeniu na szynie Brauna lub Grucy. Wyciąg znosi ból, zapewnia nastawienie odłamów, pozwalając jednocześnie na dużą swobodę ruchów. Trzy-, czterodniowy okres wyciągu pozwala także na ocenę ogólnego stanu chorego, przeprowadzenie niezbędnych badań oraz odpowiednie przygotowanie chorego.

Przedstawiany przez nas materiał obejmuje 147 chorych leczonych operacyjnie w latach 1971—1976. Wśród tych chorych było 90 kobiet i 47 mężczyzn. Prawostronnych złamań stwierdziliśmy 63, lewostronnych 84. W podziale na grupy zawodowe najczęściej było wysłużonych pracowników: (rencistów) — 68, rolników — 58, zostali chorzy reprezentowali inne zawody. U tych chorych rozróżniliśmy 80 złamań przeszłyjących, w tym 51 poprzecznych i 29 skośnych, 37 podgłowych i 30 przykrętarzowych.

W pierwszych latach do operacji złamań szyjki kości udowej używaliśmy gwoździ 3-piórowych. Zespolenie złamania tym sposobem wykonaliśmy u 6 chorych. Najwięcej zespoleń, bo 106, wykonaliśmy za pomocą gwoździ przenikających typu Nystrooma—Szulca. Gwoździe te dają się łatwo wprowadzić, nie niszczą tkanki kostnej i krzyżując się ustalają dobrze odłamy, znosząc również ruchy obrotowe głowy. W ostatnich latach stosujemy przy zespoleniu złamań szyjki zamiast drugiego gwoździa Nystrooma—Szulca śrubę dociskową typu AO. Uzyskujemy przez to większą kompresję odłamów.

Po zabiegu nie stosowaliśmy żadnego unieruchomienia. Już od drugiego dnia zachęcamy chorych do siadania i czynnego zginania kończyny w pozostałych stawach. Pod koniec pierwszego tygodnia chorzy wstawali z łóżek i rozpoczynali chodzenie o kulach, bez obciążania kończyny. Z chwilą uzyskania takiej sprawności nie było żadnych oporów przed opuszczeniem kliniki. Jest to niezmiernie ważny aspekt, bo w przeciwnym razie chorzy blokują łóżka całymi miesiącami.

Dalsze leczenie prowadziliśmy w Przyklinicznej Poradni. Do pierwszej kontroli w okresie 2 miesięcy zgłaszali się z reguły wszyscy chorzy. Przestrzegali oni na ogół podanych zaleceń. Chodzili posługując się kulami i odciążali chorą kończynę. Podawali, że w domu są w dużym stopniu samodzielni, wykonują drobne prace i nie wymagają specjalnej pomocy.

W następnym okresie — 1/2 roku — do Poradni zgłaszali się tylko ci chorzy, którzy mieli jakieś dolegliwości bądź też powikłania, jak np. wysuwanie się gwoździa zespalającego, który napinał i ranił skórę.

W późnym okresie, 1—2 lat, przeprowadziliśmy badania ankietowe, prosząc chorych o przybycie celem wykonania ostatecznych rentgenogramów. Wysłaliśmy łącznie 112 ankiet. Siedemnastu chorych na ankietę nie odpowiedziało. Wypełnione ankiety zwróciło 18 chorych. Wynika z nich, że są z leczenia zadowoleni. Niektórzy zgłaszali pewne trudności w chodzeniu i bóle pod koniec dnia. Osobiście przybyło do kontroli 77 chorych i u nich przeprowadziliśmy badania szczegółowe.

Z badań tych wynika, że u 60 chorych nastąpił pełny zrost złamania i utrzymywała się trwałość zespolenia. U 27 chorych zrost był dobry, ale gwoździe wysuwały się i zostały usunięte uprzednio lub obecnie.

U 3 chorych nastąpił zrost złamania szyjki, ale wystąpiła późna martwica głowy kości udowej. W 5 przypadkach obserwowaliśmy brak zrostu, następne rozsysanie szyjki i powstanie stawu rzekomego. Szczegółowe pomiary wykazały, że w 10 przypadkach dobrego zrostu i funkcji kończyny istniało skrócenie, wynoszące 1—2 cm. U chorych ze zrostem złamania, nawet przy nieznacznym skróceniu, chód był poprawny, wydolny, bez utykania. Pewna część chorych podawała, że ma trudności przy wstawianiu z łóżka po nocy i dłuższym leżeniu, później siadanie i schyłanie było łatwe. Te trudności występowały z reguły u chorych ze stwierdzonym ograniczeniem ruchów w stawie biodrowym.

Podsumowując wyniki, wzięliśmy pod uwagę tylko tych chorych, którzy odpowiedzieli na ankietę i zgłosili się osobiście do badania. Łącznie więc sklasyfikowaliśmy 77 chorych. Na 147 operowanych mieliśmy tylko 2 zgony i to niezależnie od doznanego uszkodzenia (w jednym przypadku zator tętnicy płucnej w drugim ciężka niewydolność sercowo-naczyniowa). Uzyskane wyniki dzielimy na zadowolające i niezadowolające. Zadowolala nas to, że ostatecznym rezultatem leczenia jest zrost złamania i możność samodzielnego chodzenia, jeśli nawet chory korzysta z pomocy laski. Minimalne skrócenie kończyny i niekiedy ograniczenie ruchów w stawie biodrowym nie odgrywają zasadniczej roli w mniej intensywnym życiu człowieka starszego. Nie uważamy także, aby na jakość wyników mógł wpływać fakt zaistnienia drobnych powikłań, jak wysuwanie się gwoździa zespalającego, co zdarzało się najczęściej, lub też rzadziej występujące przenikanie w kierunku stawu. W odpowiednim czasie bowiem gwoździe można bez trudu usunąć. Przyjęliśmy zresztą zasadę, że po wystąpieniu zrostu materiał zespalający powinien być usuwany. Większość jednak chorych po zespoleniu złamania szyjki, nie mając dolegliwości, na dodatkowy zabieg nie godziła się, uważając, że gwoździe stanowią zabezpieczenie przed ponownym złamaniem. Zadowolające wyniki uzyskaliśmy więc u 69 chorych, co stanowiło 89,6%, wyniki niezadowolające u 8 chorych, a więc u 10,4%. W tych przypadkach wykonywaliśmy wtórne zabiegi, jak endoprotoza (5 przypadków) i osteotomia podkrętarzowa z wtórnym zespoleniem odłamów (2 przypadki).

#### PIŚMIENNICTWO

1. Garlicki M.: Chirurgia urazowa. PZWL, Warszawa 1968.
2. Gruca A.: Chirurgia ortopedyczna. II. PZWL, Warszawa 1966.
3. Naumowicz S. S., Wołoszyn W. M.: Ortop. Trawmatol. Protiezirow. 7, 16—18, 1979.
4. Osipienkova-Wichtomowa T. K.: Ortop. Trawmatol. Protiezirow. 1, 26—29, 1978.
5. Switowski A.: Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol. 4, 351—354, 1976.

6. Szulc J.: Leczenie złamań szyjki kości udowej gwoździowaniem. PZWL, Warszawa 1951.
7. Wahl D.: Zentralblatt für chirurgie 2, 91—98, 1977.

Otrzymano 6 XII 1979.

#### РЕЗЮМЕ

Авторы анализировали материал 147 больных, с переломом шейки бедренной кости, находившихся на лечении в 1971—1976 гг., которым было произведено внесуставное анастомозирование осколков. Этим больным периодически спрашивали анкетным методом и обследовали во время амбулаторного контроля.

Конечные результаты авторы сформулировали на основе проведенного после нескольких лет обследования группы 77 больных. Было получено 89,6% удовлетворительных результатов и 10,4% неудовлетворительных. Больные второй группы подверглись вторичной операции с заложением им эндопротезы, либо с проведением подвертной остеотомии.

#### SUMMARY

The authors analysed a series of 147 cases of femoral neck fractures which were treated with the mode of extra-articular fixation in the years 1971—1976. The late results were evaluated in 77 patients several years after surgery. The achieved effects were good in 89.6% and unsatisfactory in 10.4%. In the later, the implantation of hip prostheses or subtrochanteric osteotomy were performed.