

ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Фридман К.М., Карев Б.Д., Щитковский А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Карев Д.Б.

Медиальные переломы бедренной кости составляют 8,5% в структуре травм опорно-двигательной системы. Своеобразие контингента пациентов, среди которых преобладают лица пожилого и старческого возраста, анатомо-функциональные характеристики тазобедренного сустава, разнообразная патология общесоматического, психического и локального характера создают значительные трудности в их лечении и реабилитации и являются причинами неудовлетворительных исходов в 58 – 89% и высокой летальности – до 22,2 – 27,6% [1]. Значительная частота неудовлетворительных исходов лечения больных с данной патологией, как по сведениям литературы, так и по наблюдениям клиники травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ, побудила к проведению анализа ошибок, возникших в процессе лечения.

Цель работы: на основании анализа медицинской документации (истории болезни, рентгенограммы, карты амбулаторного наблюдения) систематизировать основные ошибки, возникшие в процессе лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости.

Материалы и методы. Основаны на анализе медицинской документации у 216 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ. По поводу переломов шейки бедренной кости выполнены следующие оперативные вмешательства: остеосинтез ангулярной пластиной АО – 78, винтами АО – 100, двумя конструкциями – 38.

Результаты прослежены в сроки от одного до пяти лет с использованием оригинальной предложенной нами системой их оценки. Положительные результаты отмечены у 78,8%, неудовлетворительные – у 12,2%. На наш взгляд, причинами неудовлетворительных результатов в значительной части являются ошибки 18 из 216 (8,33%), допущенные в процессе лечения пациентов, которые можно распределить на следующие группы:

1) ошибки предоперационного планирования – 4 случая в наших наблюдениях (неадекватная оценка степени остеопороза 2 случая, локализации перелома и его характеристик – 2 случая), все они сопровождались неправильным выбором фиксатора для остеосинтеза; 2) ошибки технического порядка – 11 (неправильная интерпретация рентгенограмм из-за низкого их качества – 2, недостаточная адаптация отломков – 3, неправильное расположение фиксатора – 3, неправильный подбор длины фиксатора – 3, диастаз между фрагментами – 2); 3) ошибки послеоперационного ведения – 3 (связаны с трудностями в систематическом наблюдении за пациентами в послеоперационном периоде). На основании контактов с нашими пациентами мы установили в 3-х наблюдениях ошибки послеоперационного ведения в виде преждевременной нагрузки на оперированную ногу (спустя 4 мес. после операции). Консолидация перелома у этих пациентов произошла с развившимся асептическим некрозом и варусным смещением отломков.

Заключение. Сокращение числа ошибок лечебно-тактического характера является одним из вероятных направлений достижения более благоприятных результатов в лечении больных с медиальными переломами бедренной кости. Выбор метода оперативного вмешательства, а также конструкций при остеосинтезе должны осуществляться с учетом характеристик перелома, степени остеопороза, соматического состояния пациента и возможности выполнения им послеоперационных рекомендаций.

Литература:

1. Лирцман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1997. – № 2. – С. 12–19.