УДК 617-089.844

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шукуров Э.М.
Муртазаев Х.А.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии
DOI:https://doi.org/10.5281/zenodo.22872468

Введение. Риск перелома проксимального отдела бедра в возрасте 80–84 лет превышает 2500 на 100 тыс. жителей, а общий показатель летальности для лиц всех возрастов при этих видах переломов составляет 12% [5]. Переломы проксимального отдела бедренной кости составляют 45–50% от всех переломов бедренной кости При анализе статических данных за 2002 год в Самарской области переломов проксимального отдела бедренной кости регистрировались от 800–950 случаев в год. Из них 45% составляют медиальные и 55% латеральные переломы. [7].

Учитывая неудовлетворенность результатами лечения переломов проксимального отдела бедренной кости, высокую летальность и частоту осложнений, эту патологию можно считать одной из наиболее сложных проблем современной гериатрической травматологии [3]. При этом качество жизни у пациентов, пролечен ных консервативно, значительно ниже по сравнению с прооперированными больными.

При выборе вида лечения специалисты травматологического профиля в большинстве случаев отдают предпочтение хирургическому вмешательству [8]. В настоящее время существует два направления оперативного лечения, выбор между которыми осуществляет травматолог в зависимости от индивидуальных характеристик каждого конкретного случая и пациента: остеосинтез и эндопротезирование С помощью остеосинтеза осуществляется фиксация бедренной кости в месте перелома с помощью различных металлических винтов или других конструкций, к примеру таких, как Dinamic Hip Screw (DHS), Pr-oximal Femoral Nail (PFN), Gamma Nail (GN). [4]. Исходя из опубликованных трудов отечественных авторов, можно сделать вывод, что выбор типа применяемой конструкции является индивидуальным при каждом случае необходимости его применения.

Цел исследование : улучшение результатов лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости с разработкой алгоритма выбора методов лечения на основание классификация переломов проксимального отдела бедренной кости АО.

Материалы и методы. В период с 2024 по 2026 годы на стационарном лечении в травматологическом отделение республиканском специализированный научно-практическим центре травматологии и ортопедии находилось 220 больных с переломами проксимального отдела бедра в возрасте от 60 до 92 лет. Из них женщин было 139, мужчин 81. Пациентов с медиальными переломами было 104(47,3%) человека, с латеральными — 116 (52,7 %). Пациенты с медиальными переломами проксимального отдела бедра были оперированы в 104 случаях. При латеральных повреждениях были оперированы 116 человека.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

В ходе работе мы использовалос клинические, рентгенолгические, МСКТ, денситометрические исследование.Мы при выбора методов лечение использовались классификации AO/OTA. Классификация переломов вертельной области бедренной кости .К внекапсульным переломам относят чрезвертельные, межвертельные и подвертельные переломы.

Согласно классификации AO/OTA [1], чрезвертельные переломы имеют кодировку 31A и разделены на 3 типа - A1, A2, A3, которые, в свою очередь, в зависимости от тяжести перелома, подразделяют на 3 подгруппы . – перелом большого вертела; – перелом малого вертела .A1.1 – изолированный перелом большого вертела; 31A1.1 – изолированный перелом малого вертела. 31A1.2 - двухфрагментарный чрезвертельный перелом. Важнейшей особенностью данного типа переломов является то, что все они изначально стабильны, либо становятся таковыми после репозиции и фиксации костных отломков . Перелом 31A1.3 – Простой (не оскольчатый) чрез вертельный перелом с интактной латеральной стенкой (d > 20.5 мм) .

Нами на основание классификации AO разработано алгоритм выбора методов лечение переломов проксимального отдела бедренной кости **(№ DGU 67822. 16.07.2026).**

При базальных переломах A1-2,A1-3-проводится остеосинтез спонгиозными винтами, При латеральных переломах A2-2,A2-3 применяется система DHS, система PFN, , однополюсное и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.При подвертельных переломах A3-1,A3-2,A3-3 применяется БИОС и накостные остеосинтез пластиной .

При базальных переломах проводится остеосинтез спонгиозными винтами, система PFN, однополюсное и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Нами сравнителном аспекте изучено ближающие отдалённые результаты лечения. Нами применен остеосинтез Гамма стержнями при межвертельных и чрезвертельных переломах с отрывом большого и малого вертела у 22 пациентов. Положительные результаты получены в 38 случаях из 36 больных. .

С 2024 года мы начали успешно применят PFN (gamma) проксимальный бедренный гвоздьPFN (gamma) проксимальный бедренный гвоздь позволяет создать нагружаемую конструкцию. Он состоит из интрамедуллярного штифта, блокирующегося в дистальном уровне, и двух винтов, которые через отверстия в нем вкручиваются в шейку бедренной кости. Обеспечивает ротационную стабильность отломков благодаря двум винтам, проходящим в шейке бедренной кости, таким образом, ротационные движения проксимального отломка полностью исключены. Компрессия по оси шейки бедренной кости осуществляется только за счет резьбовых частей винтов. Как и в системе DHS, возможна самостоятельная динамизация по оси шейки бедренной кости, если в зоне перелома произошла резорбция костной ткани. К недостаткам данной конструкции можно отнести недостаточную осевую компрессию (только за счет резьбы винтов) и невозможность использования конструкции при сложных оскольчатых и многооскольчатых пере ломах в тех случаях, когда требуется дополнительная фиксация отломков винтами вследствие невозможности их проведения через костномозговой канал. Частота миграции шеечного винта составляет от 2,1–10% по данным различных авторов. Частота интра- и послеоперационных осложнений при использовании гамма-гвоздей составляет 0,5–2,4% . Остеосинтез системой гамма-гвоздем применен нами при шейичных, вертельных и подвертельных переломах. Оперированы 38 пациентов. Положительный результат получен в 36 случаях.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

Эндопротезирование. Эндопротезирование тазобедренного сустава дало широкую возможность в современной травматологии поставить на ноги пациентов с переломами шейки бедренной кости. В половине случаев остеосинтеза шейки бедренной кости, даже при идеальной репозиции отломков, консолидации перелома не происходило. Это связано с плохим кровоснабжением и анатомическими особенностями данной области. Люди становились инвалидами.Мы при лечение переломов ПОБК выходя из характера перелома и состояние костной ткани, возраста больного применяли два вида эндопротезирования: однополюсное и тотальное . Также эндопротезирование может быть выполнено цементным и бесцементным протезами.

Преимущества однополюсного протеза: простота технического выполнения, сокращение времени оперативного вмешательства и как следствие — уменьшение травматического влияния операции на соматический статус пациента. Также важно правильно оценить состояние костной ткани, степень поражения ее остеопорозом с целью выбора цементного или бесцементного эндопротезирования.

Применение эндопротезирования позволял ранее активизировать пациента в раннем послеоперационном периоде особенно у пожилых.

Пациенты, в лечении которых были применены современные хирургические методы лечения (PFN, эндопротезирование), были активизированы в сроки от 3 дней (при эндопротезировании) до 2 недель (при использовании PFN). Сроки госпитализации пациентов уменьшились втрое.

Неоднородность состояния здоровья пациентов вынуждает врачей искать различные подходы в выборе тактики анестезиологического пособия и методов лечения.

Результаты.Как неудовлетвори тельные расценены случаи замедленной консолидации на фоне миграции металлофиксатора (один пациент (1,6%)).

Последние были обусловлены неправильным сращением перелома (coxa vara) на фоне вторичного смещения металлофиксатора, в частности, прорезывания шеечного винта из головки бедренной кости.

Заключение. При выбора методов лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости должен относит индивидуально учитывая возраст больного ,характер и локализация перелома, состояние костного ткана и сопутствующих заболевание.

Правильный подбор критерия методов лечения на основание алгоритма разработанный нами основание классификация AO/OTA при ППОБК позволяет выбрать оптимальную тактику лечения позволяющие раньше активизировать пациентов и избежать развития гипостатических осложнений как пролежни и тромбоэмболия сосудов нижних конечностей улучшая качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meinberg E, Agel J, Roberts C, et al. Fracture and Dislocation Classification Compendium– 2018, Journal of Orthopaedic Trauma. Volume 32: Number 1; Supplement, January 2018].
2. Socci AR, Casemyr NE, Leslie MP, Baumgaertner MR. Implant options for the treatment of intertrochanteric fractures of the hip. Bone Joint J 2017;99-B:128–33.].

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

3. Дубров В.Э., Шелупаев А.А., Арутюнов Г.П. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Клиника, диагностика и лечение // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2021. — Т.28. — №4. — С.49-89.
4. Майоров Б.А., Тульчинский А.Э., Беленький И.Г., Г.Д. Сергеев, Барсукова И.М., Ендовицкий И.А. Лечение пострадавших с чрезвертельными переломами бедренной кости в травмоцентре 1-го уровня Ленинградской области // Медикобиологические и социальнопсихологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021. № 3.С.68.-76.
5. Самарин М.А., Аси Х.З, Кривова А.В., Родионова С.С., Соломянник И.А. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедренной кости у лиц старше 50 лет: что изменилось за последние 30 лет. // // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2022. Т. 29, № 2. С. 181−191.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.