

ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Евсеева Е.К., Чанцев А.В.

В данной статье описывается биомеханика проксимального перелома бедренной кости, приведена классификация данных переломов, анамнез, а также возможность хирургического вмешательства.

Ключевые слова: бедренная кость, головка бедренной кости, проксимальный отдел, шейка бедренной кости, винт.

The article describes biomechanics of the proximal femoral fracture; the classification of these fractures, history, as well as possibility of surgical intervention are given.

Keywords: femoral bone, femoral head, proximal segment, femoral neck, screw.

Цели и задачи: изучить биомеханику перелома и технику восстановления кости, разобраться, какие существуют виды данного перелома.

Материалы и методы

Оценка литературы и статей по травматологии, изучение техники перелома бедренной кости при падении. Анализ костных препаратов.

Результаты и обсуждение

Переломы в метафизарных зонах разделяются на внутрисуставные, когда линия перелома распространяется на суставную плоскость, и внесуставные – переломы, отделяющие сустав от диафиза кости, но не распространяющиеся на суставную плоскость (могут быть интракапсульными). Для классификации переломов головки бедренной кости, по сведениям литературы, используют систематизацию Pipkin. Выделяют 4 типа переломов: I – перелом дистальнее ямки головки бедренной кости, II – проксимальнее ямки головки бедренной кости, III – сочетающиеся с переломом шеи бедренной кости, IV – сочетающиеся с переломом вертлужной впадины. Для классификации переломов шеи бедренной кости в литературе более обширно пользуются систематизацией Garden и Pauwels. В базе систематизации Garden лежит уровень смещения отломков. I – неполные, вколоченные, вальгусные переломы, II – вальгусные, законченные, постоянные, III – варусные переломы с маленьким смещением, IV – варусные переломы со важным смещением.

В базе еще одной известной систематизации Pauwels лежит изменение угла перелома по отношению к горизонтальной плоскости: I – угол перелома с горизонталью до 30°, II – угол перелома с горизонталью до 50°, III – угол

перелома с горизонталью до 70°. Переломы наподобие I или же II систематизации Garden (вальгусные или вколоченные без смещения) или наподобие I по систематизации Pauwels характеризуются высочайшей степенью прочности и наименьшими нарушениями кровоснабжения головки БК, собственно, что считается подходящим с точки зрения мониторинга в отношении консолидации перелома и доказывает правильность выбора в пользу металлоостеосинтеза при определении стратегии хирургического исцеления. Переломы наподобие Garden III-IV, Pauwels II-III имеют нестабильные показатели, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, всецело нарушено. Например, различают медиальный и латеральный переломы. Перелом проксимального отдела бедренной кости характеризуется болью на уровне перелома, деструкцией, нарушением функций, а также не следует забывать о синдроме «прилипшей пятки». На основании анализа статей о переломах головки бедренной кости, у больных до 60 лет целенаправленно использовать надлежащие способы исцеления: при переломах головки дистальнее ямки головки бедренной кости (Pipkin I) – удаление части головки. При переломах проксимальнее ямки головки бедренной кости (Pipkin II) – остеосинтез фрагментов головки при поддержке канюлированных компрессирующих винтов с вероятностью субхондрального их погружения. При переломах головки, сочетающихся с переломами шеи бедренной кости (Pipkin III), – первичное ТЭТС. При хирургических вмешательствах используются надлежащие винты: канюлированные, динамические и т.д. Канюлированные винты должны проходить в шейке и параллельно ей, при установке используются шайбы, винты вводятся строго параллельно друг другу. При установке динамического винта должна учитываться величина TAD (Tip-Apex Distance).

Заключение

Проксимальный перелом бедренной кости является очень распространенным в наше время. Существует множество классификаций переломов. Сложность оперативных лечений говорит сама за себя, описывая все возможные риски и трудности данного вида перелома.

Список литературы:

1. Momot A.P., Nikolaeva M.G., Yasafova N.N., Zainulina M.S., Momot K.A., Taranenko I.A. Clinical and laboratory manifestations of the prothrombin gene mutation in women of reproductive age. *Journal of Blood Medicine*. 2019;10: 255-263.
2. Абабков С.Г., Авдюнина И.А., Аверин А.П., Агеенко А.М., Александрович Ю.С., Момот А.П., Неймарк М.И. и др. *Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации*. М., 2016.
3. *Артрология*. Барнаул: АГМУ; 2011: 76.

4. Баркаган З.С., Момот А.П., Сердюк Г.В., Цывкина Л.П. *Основы диагностики и терапии антифосфолипидного синдрома*. Москва, 2003.
5. Брюханов А.В., Васильев А.Ю. *Магнитно-резонансная томография в остеологии*. Москва, 2006.
6. Войтович А.В., Шубняков И.И., Аболин А.Б., Парфеев С.Г. Экстренное оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости. *Травматология и ортопедия России*. 1996.
7. Нечунаев В.П., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф., Агеев А.Г., Панасьян А.У. Способ хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной зоны у пожилых и больных с сопутствующей патологией. *Сибирский онкологический журнал*. 2008; 1:55-58.
8. Плотников И.А., Бондаренко А.В. Осложнения интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза диафизарных переломов бедра у пациентов с политравмой. *Политравма*. 2012; 1: 15-20.
9. Плотников И.А., Бондаренко А.В., Родионов А.М. Лечение переломов дистального отдела бедренной кости при политравме. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. 2013; 1: 38-45.