

## **ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ И ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

**Канзюба М.А., Канзюба А.И., Хачатрян С.С., Зоуби Фарес М.Ф., Хайло П.А.\***

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета  
им. М. Горького, Донецк, Украина

\*КЛПУ ГБ им. В.И. Ленина, Славянск, Украина

**Цель работы** – анализ клинического применения внутреннего остеосинтеза при ипсилатеральных переломах шейки и диафиза бедренной кости.

**Материал и методы.** Оперированы 17 пациентов - 13 мужчин и 4 женщины в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст –  $42,3 \pm 1,1$  года). 12 (70,5%) получили травму в результате ДТП, 5 (29,4%) – в результате падения с высоты. Выбор сроков выполнения операции и тактики лечения зависел от тяжести состояния пациента и состояния окружающих мягких тканей. Переломы шейки бедренной кости относились к III типу по Pauwels и локализовались базицервикально. В одном случае перелом шейки бедренной кости был идентифицирован только после проведения СКТ-исследования области тазобедренного сустава. У 3 пострадавших переломы шейки соответствовали II, а у 14 - III – IV типу по Garden. В двух случаях имелись открытые переломы диафиза бедренной кости I и II типа соответственно (классификация Gustilo). Среди пострадавших 6 имели множественные повреждения костей скелета, 3 сочетанные повреждения. Индекс тяжести состояния пострадавших варьировал от 14 до 33 баллов по шкале ВПХ-П(СП). Тяжесть общего состояния пострадавших в связи с обстоятельствами травмы (ДТП, кататравма) обусловила выполнение остеосинтеза переломов бедренной кости в период от 9 до 18 суток после травмы.

**Результаты и их обсуждение.** Особенности остеосинтеза – положение пациента на операционном столе, выбор способа фиксации и последовательность выполнения остеосинтеза диафиза и ПШБК, зависели от общего состояния пострадавшего в связи с множественным характером травмы, характера смещения шейного перелома, локализации и типа перелома диафиза. Оптимальным считаем выполнение операции на ортопедическом столе с постоянным вытяжением по оси бедра. В 3 случаях при отсутствии смещения фрагментов в области шейки выполнена раздельная фиксация проксимального метафиза конструкцией DHS и остеосинтез диафиза накостной пластинкой. При ПШБК со смещением фрагментов у 12 пациентов, выполнена открытая репозиция переломов шейки и диафиза, цефаломедулярный остеосинтез обоих переломов реконструктивным гвоздем. В 2х случаях – ретроградный остеосинтез перелома диафиза с последующей открытой репозицией и фиксацией перелома шейки канюлированными винтами. По нашему мнению, выполнение репозиции перелома шейки значительно облегчается после интрамедуллярной фиксации диафизарного перелома. При этом дистальное блокирование интрамедуллярного фиксатора выполняется после завершения стабилизации перелома шейки. Стабилизация переломов бедренной кости способствовала ранней активизации пациента и сокращению периода реабилитации.

### **Выводы**

1. Сочетание переломов шейки и диафиза бедренной кости (ипсилатеральные переломы) является следствием высокоэнергетической травмы.
2. Тяжесть состояния пострадавших в связи с множественным характером повреждений затрудняет диагностику ПШБК, увеличивает сроки выполнения остеосинтеза.
3. При планировании и выполнении внутреннего остеосинтеза следует учитывать тяжесть состояния пострадавших, анатомо-физиологические особенности проксимального отдела бедренной кости, локализацию и тип перелома шейки по Pauwels, характер диафизарного перелома, состояние окружающих мягких тканей.

## **ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ И ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

**Канзюба М.А., Канзюба А.И., Хачатрян С.С., Зоуби Фарес М.Ф., Хайло П.А.\***

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета  
им. М. Горького, Донецк, Украина

\*КЛПУ ГБ им. В.И. Ленина, Славянск, Украина Оперированы

17 пациентов, средний возраст –  $42,3 \pm 1,1$  года с односторонними (ипсилатеральными) переломами шейки и диафиза бедренной кости. Переломы получены в результате травмы с высокой энергией, сопровождались множественными и сочетанными повреждениями. При планировании и выполнении внутреннего остеосинтеза учитывали анатомо-физиологические особенности проксимального отдела бедренной кости, локализацию и тип перелома шейки по Pauwels, характер диафизарного перелома, состояние окружающих мягких тканей.

## **IPSILATERAL FEMORAL NECK AND SHAFT FRACTURES. SURGICAL TACTICS.**

**Kanzyuba M.A., Kanziuba A.I., Khachatryan S.S., Fares M.F. Zoubi, Khailo P.A.**

Research and Development Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk national  
Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

17 patients, the average age -  $42,3 \pm 1,1$  years with ipsilateral femoral neck and shaft fractures were operated. Fractures result from high-energy trauma, accompanied by multiple and associated injuries. At the planning and execution of internal fixation influenced by anatomical and physiological characteristics of the proximal femur, location and type of fracture by Pauwels, character diaphyseal fracture, soft tissues condition.