Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00357&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00357. Переломи стегна та шийки стегнової кістки

Автор: Ville Mattila
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2017-06-26

Вступ

- Правильно вибране та проведене хірургічне лікування перелому, рання мобілізація та адекватне лікування супутніх захворювань пацієнта є неодмінними принципами ведення таких хворих — постійне знаходження на лікуванні в медичному закладі для них є небезпечним.
- Незміщені переломи шийки стегна можуть залишатися непоміченими (відносно неболючі, пацієнт може навантажувати кінцівку, погано візуалізуються на рентгенограмі). Завжди обрежено оглядайте ділянку кульшового суглобу пацієнта літнього віку після нещасного випадку з падінням, навіть якщо він/вона скаржаться, наприклад, тільки на колінний суглоб.

Переломи шийки стегнової кістки

Етіологія та симптоми

- Типово для людей літнього віку, часто внаслідок низькоенергетичних пошкоджень (ковзання, падіння, падіння з ліжка).
- У молодших пацієнтів зазвичай внаслідок високоенергетичних нещасних випадків (падіння з висоти, нещасний випадок на дорозі)

- При зміщеному переломі вкорочення та зовнішня ротація кінцівки зазвичай є очевидними.
- Незміщені переломи шийки стегна можуть бути відносно неболючими (пацієнт може навантажувати кінцівку та йти пішки до операційної кімнати).
- Перелом проксимальної ділянки стегнової кістки може відчуватися як біль в ділянці коліна, що може затримати встановлення діагнозу, оскільки увага приділяється тільки коліну.

Класифікація та візуалізаційні методи дослідження

- Переломи поділяються на переломи шийки стегна, трохантерні переломи та субтрохантерні переломи.
- Завжди повинні робитися рентгенографії кісток тазу та стегна в передній та боковій проекціях. Ділянка ураженого кульшового суглобу з переломом порівнюється із здоровою.
- МРТ виконується за клінічної підозри наявності перелому (болі в пацієнта, неможливість навантажувати ділянку кульшового суглоба), але рентгенографія є нормальною. МРТ може виявити імпресійний, незміщений перелом.

Хірургічне лікування [доказ 00573|C] [доказ 01305|C] [доказ 02217|C] [доказ 02218|C] [доказ 03290|C] [доказ 05596|C] [доказ 06160|C] [доказ 06165|B] [доказ 06177|D] [доказ 06556|B] [доказ 05291|A] [доказ 04872|C] [доказ 00503|B] [доказ 00952|C] [доказ 05283|B]

- Перед хірургічним втручанням необхідно оцінювати попередній обсяг рухів ушкодженої кінцівки, історію прийому ліків та наявність супутніх захворювань. Чи є травмування наслідком гострої атаки хвороби?
- Хірургічне втручання, зазвичай, повинно бути виконане якомога скоріше, бажано в межах 24 год від травми.
- Антитромботична профілактика [доказ 02505|A] (зазвичай низькомолекулярні гепарини продовжують післяопераційно 3–4 тижні).
- *Незміщені переломи шийки стегна*
    - Переважно хірургічне лікування
        - Остеосинтез з використанням фіксації гвинтами, що перешкоджає розвитку зміщення

        - Геміартропластика або тотальне ендопротезування у людей старшого віку, якщо кістка має низьку мінеральну щільність, при цьому стабільність остеосинтезу швидше за все буде слабкою.
    - Як виняток, консервативне лікування може розглядатися у відносно вільних від болю неходячих пацієнтів.
- *Зміщений перелом шийки стегна*
    - У молодих пацієнтів — закрита репозиція перелому та фіксація гвинтами.
    - У пацієнтів літнього віку — зазвичай геміартропластика. Тотальне ендопротезування кульшового суглобу може розглядатися у пацієнтів, чий кульшовий суглоб є значно ураженим внаслідок, наприклад, остеоартриту або ревматоїдного артриту.
- *Трохантерні* переломи лікуються шляхом остеосинтезу з використанням екстрамедулярних систем “пластина-ковзний гвинт” або за допомогою інтрамедулярного стержня.
- *Нестабільні міжтрохантерні* та *субтрохантерні* переломи фіксуються шляхом остеосинтезу системи “інтрамедулярний стержень - ковзний гвинт”.

Навантаження після операції

- Остеосинтез (системи “пластина-ковзний гвинт” та “інтрамедулярний стержень-ковзний гвинт”) повинен бути таким стабільним, що це дозволяє миттєву мобілізацію пацієнта з повним навантаженням на кінцівку. При осколкових субтрохантерних переломах навантаження на кінцівку “торкаючись підлоги” (також відоме як навантаження “торкаючись великим пальцем”) на період 6–12 тижнів може бути необхідним (стопа може торкатися підлоги, але уражену кінцівку не слід навантажувати).
- Після геміартропластики та тотального ендопротезування кульшового суглобу одразу дозволяється повне навантаження.
- Мобілізацію з частковим навантаженням або відсутністю навантаження не завжди можливо досягнути у пацієнтів літнього віку. З іншого боку, літні особи погано переносять тривалі періоди ліжкового режиму і тому повинна проводитися асистована рання мобілізація [доказ 01973|D]. З початком мобілізації треба активно використовувати милиці, колісні ходунки (ролики) або рамку Ціммера протягом необхідного часу.

Лікування фізичними вправами та інше післяопераційне лікування [доказ 00523|С] [доказ 02130|С]

- Активна лікувальна фізкультура є незамінною; спочатку сидіння, потім стояння, що супроводжується ходьбою. Мобілізація повинна починатися якомога скоріше, бажано в перший післяопераційний день. Важливим є раннє навчання діям, що використовуються в щоденному житті.
- Фізіотерапія механічними приладами не надає особливої переваги.
- Лікування остеопорозу [настанова 00419|Остеопороз] необхідно розглядати у пацієнтів літнього віку, якщо пацієнт спроможний рухатися, коли повертається до лікувального закладу або його/її власного дому.
- Протектори кульшових суглобів можуть зменшити ризик переломів стегна у осіб літнього віку, котрі знаходяться на лікуванні в медичному закладі, за умови забезпечення регулярного використання протекторів [доказ 04975|С].
- Рентгенографічний контроль
    - Контрольні рентгенограми виконуються після операції.
    - Стабільність остеосинтезу контролюється клінічно та шляхом виконання контрольних рентгенограм на 6–8 тижнях після операції.
    - Контрольні рентгенограми зазвичай не потрібні пацієнтам, які лікувались шляхом геміартропластики.

Ускладнення

- Поширені ускладнення після переломів стегна включають вкорочення кінцівки, деформації та інфекції, асоційовані з операцією. Щодо ускладнень після ендопротезування суглобів, див. [настанова 00397|Ускладнення після операц…].

Перелом діафіза стегнової кістки

- Зазвичай високоенергетичні травми, у людей літнього віку — також низькоенергетичні падіння

Огляд та знайдені зміни

- Стегно є вкороченим та набряклим.

- Перевірте пульсацію судин в дистальних відділах кінцівок та чутливість.
- Діагноз підтверджується рентгенографією.

Лікування та спостереження

- Під час транспортування на стегно треба якісно накласти шину. Внутрішньовенна інфузія часто виправдана (пацієнт може втратити до 2000 мл крові).
- Тракція за великогомілкову кістку може бути застосована під час очікування на операцію, при переломі діафіза стегнової кістки та має складати 1:10 від ваги пацієнта.
- Перелом стабілізується за допомогою фіксації системи “блокуючий інтрамедулярний стержень” або використовуючи систему “блокуюча пластина”.
- В післяопераційному періоді колінний та кульшовий суглоби мобілізуються, слід не забувати про фізичні вправи для посилення та розтягнення м’язів стегна.
- Навантаження на кінцівку протягом перших 6 тижнів з поступовим його збільшенням. Повне навантаження зазвичай дозволяється після 10–12 тижнів.
- Зрощення кістки може бути повільним та може потребувати повторних операцій (динамізація інтрамедулярного стержня, операція з використанням кісткових трансплантатів).
- Подальше спостереження проводиться амбулаторно у спеціалізованій лікарні.
- У молодих пацієнтів інтрамедулярний стержень найшвидше видаляється через 1,5–2 роки після хірургічного втручання.

Переломи дистального сегменту стегна

- У здорових кістках внаслідок високоенергетичного пошкодження (нещасний випадок в дорозі, падіння з висоти, і т.д.)
- Типові переломи остеопоротичних кісток у літніх осіб, що стаються, коли пацієнт падає, і коліно при цьому значно згинається або розгинається.

Огляд та висновки

- Ділянка перелому набрякла, помітно болюча, нестабільна
- Діагноз підтверджується рентгенографією.

Лікування та спостереження

- Стабільний, незміщений перелом у літніх осіб можна лікувати шляхом накладання гіпсу.
- Як правило операційне лікування шляхом внутрішньої фіксації по типу “блокуючої пластини” або стержнем.
- Спостереження амбулаторно у спеціалізованій лікарні
- Рентгенограма одразу після хірургічного втручання, а також на 6-му та 12-му тижнях після операції.
- Мобілізація без навантаження може бути дозволена негайно, часто з використанням ортезів.
- Повне навантаження через 10–12 тижнів після операції
- Пластини чи гвинти зазвичай не видаляються.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00289|Femoral fractures – Rela…]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00289|Femoral fractures – Rela…] [доказ 02363|C] [доказ 04461|C]
- Література [пов'язані 00289|Femoral fractures – Rela…]

Настанови

- Настанова 00419. Остеопороз.
- Настанова 00397. Ускладнення після операції із заміни суглоба.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 00573. Conservative versus operative treatment for extracapsular hip fractures.
  Дата оновлення: 2008-08-06
  Рівень доказовості: C

Резюме: Operative management of extracapsular femoral fractures may reduce the length of hospital stay and improve rehabilitation as compared to conservative management by traction.

- Доказовий огляд 01305. Internal fixation implants for intracapsular hip fractures in adults.
  Дата оновлення: 2011-04-18
  Рівень доказовості: C
  Резюме: There are probably no differences between implants for internal fixation of intracapsular hip fractures.
- Доказовий огляд 02217. Outcomes after displaced fractures of the femoral neck.
  Дата оновлення: 2003-08-11
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Arthroplasty may be associated with fewer secondary major operations than internal fixation in the treatment of displaced fractures of the femoral neck.
- Доказовий огляд 02218. Outcomes and cost-effectiveness of primary total hip replacement with different prostheses.
  Дата оновлення: 2004-03-11
  Рівень доказовості: C
  Резюме: The greatest volume of evidence is available for the Charnley prosthesis which may perform more favourably than comparison prostheses. The use of more expensive (cementless) prostheses seems hard to justify on limited current evidence.
- Доказовий огляд 03290. Type of acetabular cup for total hip replacement.
  Дата оновлення: 2003-08-07
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Threaded acetabular cups may have a higher failure rate than cemented or porous in-growth cups.
- Доказовий огляд 05596. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients.
  Дата оновлення: 2017-03-17
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Multi-component interventions appear to prevent delirium in hospitalised patients compared to usual care. Using the Bispectral Index to monitor and control depth of anaesthesia appear to reduce the incidence of postoperative delirium.
- Доказовий огляд 06160. Pre-operative traction for fractures of the proximal femur in adults.
  Дата оновлення: 2012-02-13
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Traction prior to surgery for a hip fracture may not provide any benefit in terms of relief of pain or success of fracture reduction.
- Доказовий огляд 06165. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults.
  Дата оновлення: 2012-02-13
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Internal fixation appears to be associated with less initial operative trauma but with an increased risk of re-operation on the hip as compared with arthroplasty in the treatment intracapsular femoral fractures in adults. Both procedures have their own inherent complications.

- Доказовий огляд 06177. Replacement arthroplasty versus internal fixation for extracapsular hip fractures in adults.
  Дата оновлення: 2008-09-10
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is insufficient evidence from randomised trials to determine whether replacement arthroplasty has any advantage over internal fixation for extracapsular hip fractures.
- Доказовий огляд 06556. Nerve blocks (subcostal, lateral cutaneous, femoral, triple, psoas) for hip fractures.
  Дата оновлення: 2010-02-08
  Рівень доказовості: B
  Резюме: The use of nerve blocks inserted either before or at the time of surgery of hip fracture appears to reduce the degree of pain, the need for parenteral analgesia, and the risk of cardiac complications.
- Доказовий огляд 05291. Gamma and other intramedullary nails versus extramedullary implants for extracapsular hip fractures in adults.
  Дата оновлення: 2010-10-14
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Sliding hip screw (SHS) are superior to intramedullary nails for trochanteric fractures as regards fracture complication rates.
- Доказовий огляд 04872. Intramedullary nails for extracapsular hip fractures in adults.
  Дата оновлення: 2009-09-24
  Рівень доказовості: C
  Резюме: There is probably not any significant difference in the outcomes with different intramedullary nail designs for extracapsular hip fractures.
- Доказовий огляд 00503. Choice of implant for internal fixation of femoral neck fractures.
  Дата оновлення: 2003-08-04
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Screws appear to be preferable to smooth pins for internal fixation of femoral neck fractures.
- Доказовий огляд 00952. Extramedullary fixation implants for extracapsular hip fractures.
  Дата оновлення: 2017-07-10
  Рівень доказовості: C
  Резюме: The sliding hip screw may be preferable to fixed nail plates for fixing extracapsular hip fracture in adults.
- Доказовий огляд 05283. Arthroplasties for proximal femoral fractures in adults.
  Дата оновлення: 2010-07-28
  Рівень доказовості: B
  Резюме: In the treatment of a hip fracture with arthroplasty, cementing the prosthesis in place appears to reduce post-operative pain and lead to better mobility as compared to uncemented prosthesis.
- Доказовий огляд 02505. Prophylaxis against deep vein thrombosis and pulmonary embolism using heparin or low molecular weight heparin in orthopaedic surgery.
  Дата оновлення: 2006-01-15
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Unfractionated and LMW heparins protect against lower limb deep venous

thrombosis in orthopaedic surgery. Evidence is insufficient to confirm either protection against pulmonary embolism or overall benefit, or to distinguish between various applications of heparin.

- Доказовий огляд 01973. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery.
  Дата оновлення: 2011-05-19
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Evidence is insufficient to determine the effectiveness of various mobilisation strategies either in the early post-operative period or during the later rehabilitation period after hip fracture surgery.
- Доказовий огляд 00523. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures.
  Дата оновлення: 2010-03-29
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Multidisciplinary inpatient rehabilitation for older people after hip fracture surgery may improve activities of daily living and mobility in the short term but does probably not improve overall outcome or reduce mortality.
- Доказовий огляд 02130. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in the elderly.
  Дата оновлення: 2010-04-28
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Oral protein and energy feeds may have some beneficial effects during hip fracture aftercare but overall the evidence for the effectiveness of nutritional supplementation is weak.
- Доказовий огляд 04975. Hip protectors for preventing hip fractures in older people.
  Дата оновлення: 2017-06-05
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Hip protectors may prevent hip fractures in older people in institutional settings, but not in older people living in their own homes.
- Доказовий огляд 02363. Intermittent pneumatic compression and deep vein thrombosis prevention .
  Дата оновлення: 2008-01-02
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Intermittent pneumatic compression may reduce the risk of deep vein thrombosis in postoperative patients.
- Доказовий огляд 04461. Geriatric rehabilitation following fractures in older people.
  Дата оновлення: 2004-03-09
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Geriatric hip fracture programmes and early supported discharge may shorten the average length of hospital stay and increase rates of return to previous residential status.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00357 Ключ сортування: 018.030 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-06-26

Автор(и): Ville Mattila Автор(и) попередніх версій статті: Seppo HonkonenOlli Korkala Редактор(и): Martti Teikari

Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Traumatology

Ключові слова індексу
mesh: Hip Fractures mesh: Femoral Neck Fractures mesh: Femoral Fractures mesh: supracondylar femoral fracture mesh: femoral diaphyse fracture mesh: lower limb fracture mesh: plate and screw fixation mesh: dislocated fracture mesh: Lower Extremity mesh: Austin Moore prosthesis mesh: Joint Prosthesis mesh: impaired joint mobility mesh: hemiprosthesis mesh: Fracture Fixation mesh: prosthesis mesh: dynamic hip screw mesh: Hip Prosthesis mesh: Thompson mesh: tibial traction mesh: weight bearing icpc-2: L54 icpc-2: L75 icpc-2: L76 speciality: Surgery speciality: Traumatology