ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ВЫПОЛНИЛА ЛЕВОНЯН МАРИНА 502 ГРУППА

Переломы диафиза бедренной кости

<u>Этиология:</u> возникают от сильного удара (деревом, тяжелым предметом, автомобилем) в область бедра.

Классификация

- Простой спиральный
- Простой косой
- Простой поперечный
- Клиновидный спиральный
- Клиновидный фрагментарный
- Сложный перелом (спиральный + детализация)
- Сложный сегментарный
- Сложный иррегулярный



Клиника и диагностика

- Боль в области бедра
- Укорочение конечности
- Ротация кнаружи
- Симптом Климана (складка кожи над надколенником)
- Рентгенограмма

Лечение

Консеравтивное:

- Скелетное вытяжение (6-8 нед.)
- Тазобедренногипсовая повязка (8-10 нед)

Оперативное:

- Погружной остеосинтез
- Интрамедуллярный остеосинтез
- ВЧКДО АВФ









ЛОЖНЫЕ СУСТАВЫ ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ БЛОКИРУЕМОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ВИДЫ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ, ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ 1РКБ

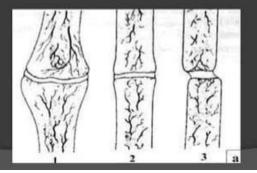
Переломы диафиза бедренной кости отмечаются примерно в 40% случаев среди всех переломов бедренной кости [1].

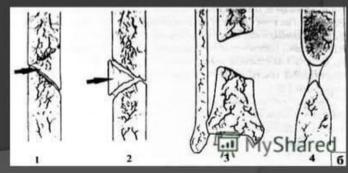
Большинство переломов данной локализации возникают при политравме, в результате высокоэнергетической травмы, связанной с ДТП или падением с высоты.

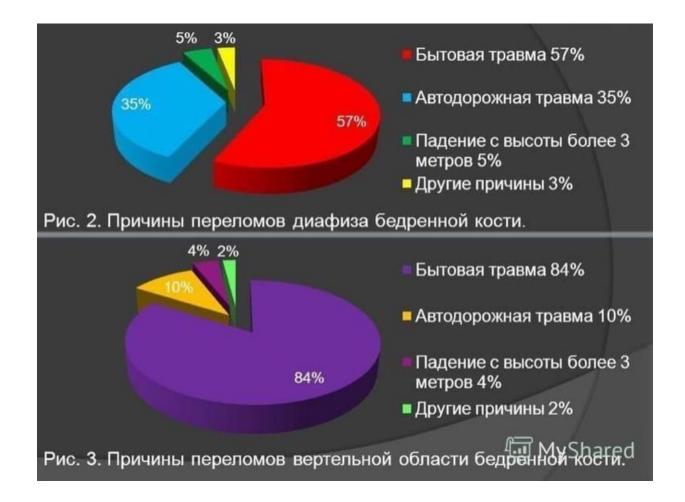
При этом возможность несращения и формирования ложного сустава диафиза бедренной кости (ЛСДБК) значительно увеличивается и составляет до 71,1±7,4% случаев [2].

Классификация ложных суставов (по Weber-Cech 1976) [6]

- гипертрофические на концах сломанной кости появляются разрастания костной ткани (рис. а:1, 2);
- гипотрофические (или олиготрофические) на отломках нет костных разрастаний (рис. а: 3);
- атрофические (или аваскулярные) в таких суставах нарушено кровообращение, костеобразование плохое или нередко сопровождается остеопорозом сломанной кости (рис. б:1, 2, 3, 4).









- Открытые переломы имелись у 27 пациентов (5.1%).
- Многосегментарные переломы у 26 пациентов (4.9%).
- Патологические переломы (доброкачественные и злокачественные опухоли) у 9 больных (1.7%).

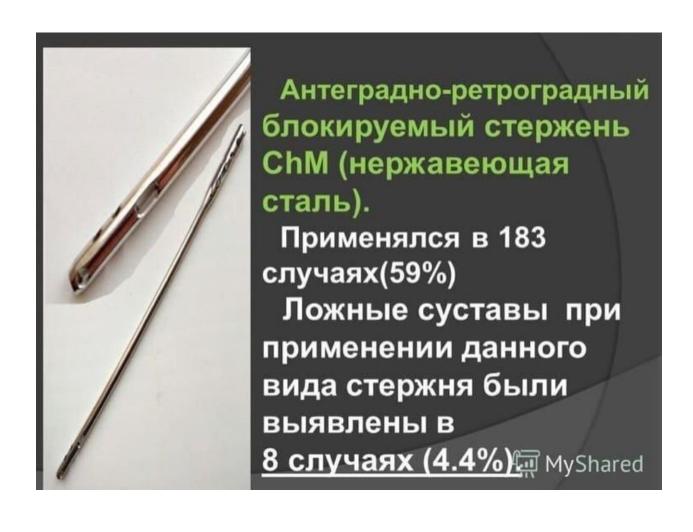
- Операции выполнялись по окончании острого периода на 5-12 день.
- С момента госпитализации до операции больные находились либо на скелетном вытяжении, либо по экстренным показаниям им был проведен первичный остеосинтез аппаратом наружной фиксации.
- В послеоперационном периоде применялся функциональный метод лечения.
- Движения в смежных к перелому суставах разрешали на 2-3 день.
- Ходьбу (осевую нагрузку) разрешали по спадении отека с использованием средств разгрузки на 3-10-й день.
- При выписке всем больным рекомендовали дозированную нагрузку.
- Первый рентгенологический контроль через 2 месяца.
 МуShared

Ближайшие результаты отслежены у 310 пациентов (100%)

Несращение перелома и формирование ложного сустава выявлено в 22 случаях (7.1%).

В травматологическом отделении применялись следующие виды блокируемых стержней:







Блокируемый стержень DC (титановый сплав)

Применялся в 105 случаях (33,9% Ложные суставы при применении данного вида стержня были выявлены в 12 случаях (11,4%).

(Стоит отметить, что в первых партиях данные стержни были неканюлированные и в них отсутствовало дистальное овальное отверстие для динамизации перелома, и именно среди этих стержней отмечались большинство случаев образования ЛС. МуShared

По нашим наблюдениям причинами образования ложных суставов являлись:

- Диастаз между отломками.
- Интерпозиция мягких тканей (мышц, сухожильных волокон) между отломками.
- Сочетание перелома бедра с переломами других сегментов конечностей.
- При открытой репозиции перелома и установке вакуумного дренажа на длительный срок ухудшаются условия формирования гиперостальной костной мозоли, сращение перелома происходит по эндостальной мозоли, что приводит к замедленной консолидации и формированию ложного сустава.
- Полное отсутствие нагрузки на прооперированную конечность в послеоперационном периоде при сочетанных травмах не позволяющих больному даватмуShared нагрузку на прооперированную конечность.

Пациентам, имеющим признаки формирования ложных суставов диафиза бедренной кости, были выполнены следующие операции:

- Замена стержня на больший диаметр с рассверливанием костномозгового канала -3 случая.
- Открытая репозиция с устранением смещения и устранением интерпозиции мягких тканей – 5 случаев.
- Костная пластика по Хахутову без удаления блокируемого стержня - 7 случаев;
- Костная пластика материалами "хронас" без удаления блокируемого стержня - 2 случая;
- Костная пластика трансплантатом из крыла подвздошной кости без удаления блокируемого стержня - 2 случая.

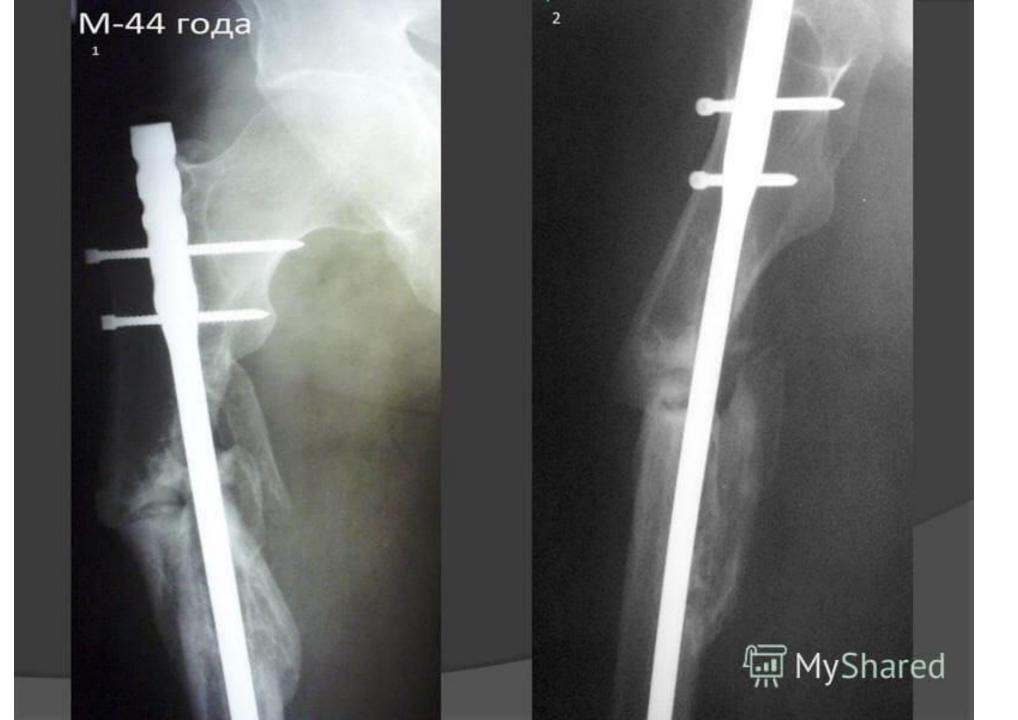
Результаты лечения ложных суставов бедренной кости после БИОС прослежены у 16 пациентов

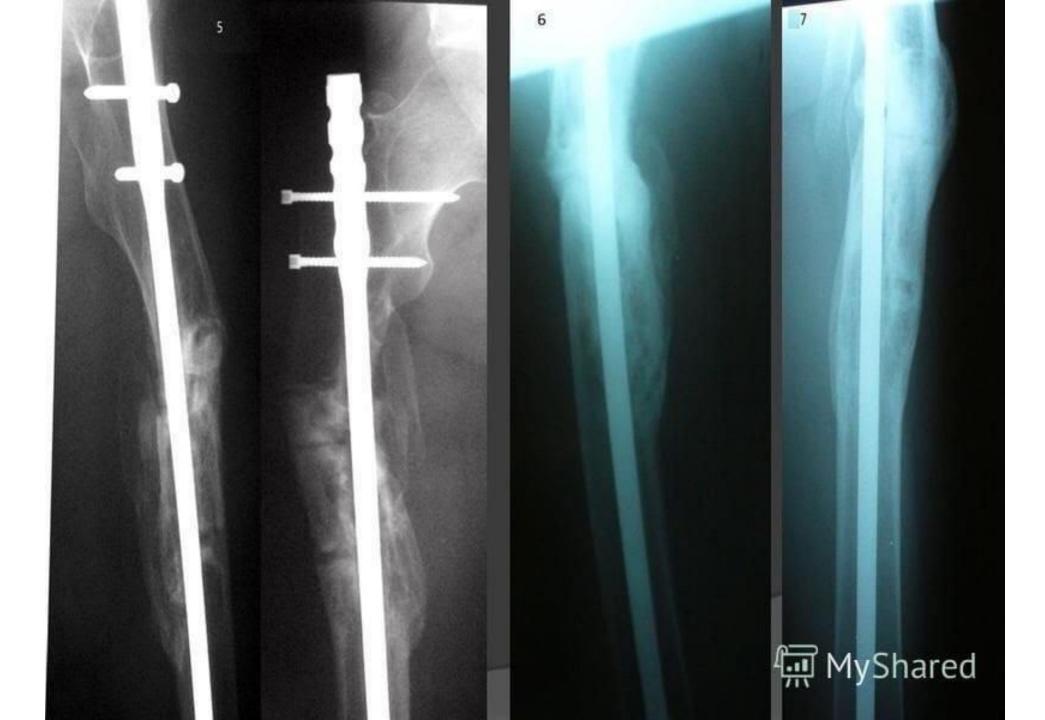
Сращение отмечено у всех пациентов – сроки сращения от 4 до 10 месяцев в зависимости от способа операции.



Примеры пациентов с ложными суставами.













Выводы:

Исходя из полученных данных, можно сказать, что при замедленной консолидации «сращение-формирование» ложного сустава первично происходит по ГИПОТРОФИЧЕСКОМУ типу 12 человек (75%) при продолжении нагрузки на конечность и при отсутствии активной, т.е. выжидательной хирургической тактики происходит поломка металлических конструкций (стержня, винтов) приводящая к подвижности ложного сустава и формированию «ТУГОГО/ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО» ложного сустава.



