МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 5

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ДИАФИЗАРНИ СЧУПВАНИЯ НА БЕДРЕНАТА КОСТ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

СЧУПВАНИЯ НА БЕДРЕНАТА ДИАФИЗА /FRACTURA FEMORIS/

Бедрената диафиза е най-здравата костна структура в човешкото тяло и за увредата й е необходима значителна сила. Тези фрактури са по-чести са при млади пациенти от мъжки пол *(Фиг. 1)*.

Механизъм на получаване. Директен при непосредствен контакт с травмиращ агент. Индиректен – огъване или торзия при травми в областта на коляното или подбедрицата. Винаги са следствие на високоенергийни травми.

Клинична картина. Общото състояние на пациентите може да варира от добро до шоково. При бедрена фрактура се губят между половин и един литър кръв, която се излива в меките тъкани на бедрото. Така че, при пациенти с бедрена фрактура ресусцитацита е задължителна. Фрактурата се стабилизира временно. Активно трябва да се търсят съпътстващи увреди поради естеството на травмата. Локално бедрото е скъсено и деформирано, движенита в съседните стави са силно ограничени и болезнени. Задължително се проверява невро-васкулаторния статус дистално от увредата.

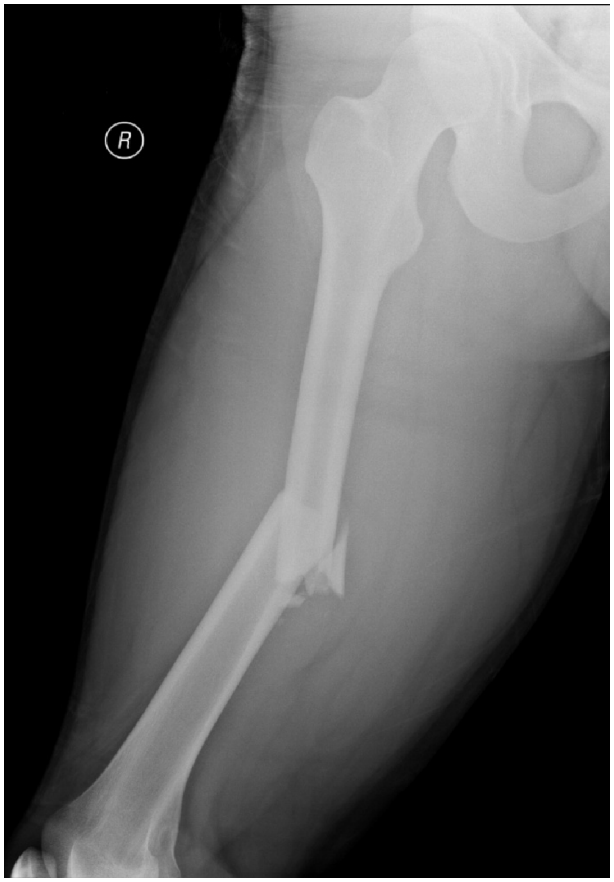
Диагностика. Фасовата и профилната рентгенография са достатъчни за поставяне не диагнозата и избора на оперативен метод. Трябва да се извършат и рентгенографии на тазобедрената става и коляното с цел да не се пропуснат съпътстващи костни увреди.

Класификция. Съществуват специфични класификации, които са базирани на описание на фрактурната конфигурация: тип на фрактурната линия, локализация, разместване и раздробяване.

Лечение. Пациентите с бедрени фрактури се оперират, когато общото им състояние позволява това. При нужда се извършва хемотрансфузия. За оперативно лечение са показани всички фрактури. Фиксацията се извършва със заключващи интрамедуларни пирони. Фиксация с плаки и винтове се използва при перипростетични фрактури (т.е. на фона на бедрено стъбло при ендопротезирана тазобедрена става) и при пациенти с незавършен костен растеж. Недостатък на плаковата синтеза е разкриването на фрактурното огнище с увеличаване риска от инфекция и деваскуларизация на костните фрагменти.

Вертикализацита е максимално ранна, като натоварването на крайника е в зависимост от интраоперативно постигнатата стабилност. При неоперабилни пациенти лечението се извършва посредством скелетна екстензия до появата на рентгенологично доловим калус, последвана от брейс. Срокът за сращване на бедрените фрактури е 3-4 месеца.

Усложнения. Биват ранни и късни. Ранните включват съдови и нервни лезии, които са редки защото тези структури са добре защитени от меки тъкани. Късните усложнения включват несращване, сращване в неправилна позиция и рефрактури. За несращване се определя липсата на рентгенови и клинични данни за костно стастване 6 месеца след травмата. Рентгенологично се установява персистираща фрактурна линия, без калус. Костните крайща са заоблени и склеротични. Сращването с ангулаторни деформитети води до отклонение на механичната ос на долния крайник с абнормно натоварване на ставите на долния крайник и развитие на ранни дегенеративни процеси.



Фиг. 1 Напречна фрактура на бедро в средна трета с „бътерфлай” фрагмент