

Повреждения нижних конечностей

Переломы шейки бедрра

Студентка 5 курса, лечебного
факультета, 29 группы Раченко И.А.

Переломом кости (*fractura ossis*) называется нарушение ее целостности под влиянием внешнего насилия. Переломы могут быть травматические и патологические (нетравматические). Патологические переломы возникают при остром и хроническом остеомиелите, несовершенном остеогенезе, гиперпаратиреоидной остеодистрофии, костных кистах, доброкачественных и злокачественных опухолях костей, при метастазах в кость (чаще других метастазируют в кость опухоли молочных желез, почек, предстательной железы, легких, желудка и др.)

Классификация

Выделяют переломы открытые и закрытые.

Кожа над переломом и другие мягкие ткани при **открытом переломе** могут быть повреждены травмирующей силой, ломающей кость, это первично-открытые переломы; если мягкие ткани и кожа перфорированы изнутри острым концом отломка это вторично-открытый перелом. При вторично открытом переломе рана обычно небольшая, равна диаметру конца отломка, перфорирующего кость. Как при первично открытом, так и при вторично открытом переломе имеет место первичное микробное загрязнение зоны перелома, поэтому при том и другом переломе возможны нагноение и остеомиелит. **Закрытые** переломы могут быть полными и неполными. При неполных переломах целостность всей кости не нарушена. Это краевые переломы, отрывы бугорков костей.

- По локализации различают переломы диафизарные, метафизарные и эпифизарные (рис. 2.1).
- Нарушения целостности кости у детей и подростков по ростковой зоне называются эпифизеолизами. Эпифизарные переломы обычно внутрисуставные. Метафизарные переломы называют еще околосуставными.
- В зависимости от высоты расположения выделяют переломы в нижней трети кости, средней трети и верхней трети. Следует различать понятия «отломок» и «осколок». В отломке есть все составные части кости, т. е. если это отломок при диафизарном переломе, то он непременно имеет костный канал. Отломков бывает два (при одинарном переломе), три (при двойном переломе), четыре (при тройном переломе) (рис. 2.2).
- Выделяют многооскольчатые, а также крупнооскольчатые переломы.
- По направлению плоскости излома различают переломы поперечные, косые, винтообразные, продольные.
- Переломы бывают без смещения отломков и со смещением отломков. Смещение может быть первичным: возникает в момент перелома под влиянием травмирующей силы и вторичным: возникает под влиянием сокращения (ретракции) мышц.

- · **Переломы бедренной кости;**
- · Переломы надколенника (fracturae patellae)
- · **Переломы костей голени**
- · Переломы лодыжек
- · Переломы костей стопы
- **Переломы бедренной кости**

Переломы бедренной кости

Все переломы бедра подлежат стационарному лечению, и роль врача сводится к своевременной постановке диагноза, к иммобилизации перелома и эвакуации больного в хирургический стационар.

По локализации различают переломы верхнего конца бедренной кости, диафиза и переломы нижнего конца. Переломы верхнего конца бедренной кости могут быть внутрисуставными (медиальные переломы шейки бедра), внесуставными (латеральные переломы шейки бедра) и изолированные переломы большого и малого вертела.

Возникновение перелома бедренной кости возможно как в результате прямой, так и непрямой травмы.

В зависимости от локализации повреждения переломы бедренной кости подразделяются на переломы проксимального конца (переломы шейки, переломы вертельной области — чрезвертельные, межвертельные, изолированные переломы большого и малого вертелов), переломы диафиза (верхней, средней и нижней трети) и переломы дистального конца (переломы мыщелков). Переломы бедра подразделяются также на закрытые, открытые и огнестрельные.

Переломы проксимального конца бедренной кости (fracturae ossis femoris regii proximalis)

К этой группе относятся переломы шейки бедренной кости (медиальные, или субкапитальные, срединные, или интермедиарные, и латеральные, или базальные) и переломы вертельной области (чрезвертельные, межвертельные, изолированные переломы большого или малого вертелов). Переломы шейки бедренной кости и вертельной области могут быть аддукционными и абдукционными, что определяется по углу между центральным и периферическим (вместе с диафизом бедра) фрагментами.

Аддукционный перелом подразумевает угол между фрагментами, открытый в направлении средней линии тела. Дистальный фрагмент вместе с диафизом бедра приведен, шеечно-диафизарный угол уменьшен, развивается деформация *coxa vara*.

Абдукционный перелом подразумевает в свою очередь, что угол между фрагментами открыт в направлении средней линии тела. Дистальный фрагмент вместе с бедром оказывается в отведенном положении. Образуется деформация *coxa valga*.

Также дистальный фрагмент шейки бедра может смещаться кпереди или кзади, что определяется на профильной рентгенограмме. Следует отметить, что переломы шейки бедра являются внутрисуставными, а переломы вертельной области относятся к внесуставным переломам.

Перелом шейки бедренной кости

- Переломы шейки бедренной кости встречаются довольно часто и преимущественно у женщин пожилого возраста (60 лет и старше), у которых тонус мускулатуры понижен, а хрупкость костной ткани повышена. Переломы шейки подразделяются на медиальные, **интермедиальные и латеральные.**

В случае медиального перелома линия перелома проходит вблизи головки (субкапитальные переломы) или непосредственно через шейку бедренной кости, но ближе к головке (чресшеечные медиальные переломы).

В случаях интермедиального перелома (интермедиальные переломы средней части шейки, или срединные переломы) в свою очередь линия перелома располагается в средней части шейки бедренной кости.

При латеральном переломе ломается уже основание шейки, и линия перелома проходит в непосредственной близости от вертельной области. Такие переломы также называются базальными, или латеральными, переломами шейки бедренной кости.

Причинами, создающими неблагоприятные условия для сращения этих переломов, являются плохое кровоснабжение проксимального отломка, отсутствие надкостницы в области шейки бедра, вертикальное расположение плоскости излома. Кроме того, имеются трудности хорошего сопоставления фрагментов и плотного соприкосновения их вследствие большой подвижности головки, а также понижение регенераторных процессов у лиц пожилого возраста.

Лучшая консолидация перелома отмечена при латеральных (базальных) переломах шейки бедренной кости (хорошее кровоснабжение отломков, лучшие условия для их сопоставления и т.д.). Как правило, эти переломы благополучно срастаются.

Клиническая симптоматика. Перелом шейки бедренной кости проявляет себя умеренной болью в области тазобедренного сустава, резкой наружной ротацией всей нижней конечности под влиянием ее массы. Все это определяется при сравнительном осмотре стопы и надколенника (наружный край стопы прилегает к плоскости кровати, надколенник повернут наружу), имеется положительный симптом пятки (больной не в состоянии поднять выпрямленную в коленном суставе ногу), а также укорочение конечности на 2—3 см вследствие смещения дистального фрагмента в краниальном направлении.

Медиальные переломы шейки бедра

Медиальные переломы шейки бедренной кости со смещением требуют оперативного лечения. Лишь в отдельных случаях при имеющихся противопоказаниях прибегают к репозиции фрагментов по Уитмену, а затем фиксируют конечность циркулярной гипсовой повязкой с высоким поясом в положении отведения и внутренней ротации. Обязательным в таких случаях является местное обезболивание (40—45 мл 1%-ного раствора новокаина). Вводят анестетик непосредственно в сустав из точки, расположенной на 1 см ниже средней части паховой связки. Вправление фрагментов осуществляется согласно следующему плану. Больного укладывают на ортопедический стол с тазодержателем. Помощник фиксирует таз, а врач сгибает больную ногу в коленном и тазобедренном суставах, производит тракцию по оси бедра, ротируя его кнутри, а затем, не прекращая тяги, разгибает и отводит конечность. По окончании репозиции перелома врач руками или с помощью специального аппарата осуществляет вытяжение по оси разогнутой, отведенной и ротированной внутрь нижней конечности. В таком положении фиксируют тазобедренный сустав циркулярной гипсовой повязкой с поясом и гильзой на противоположное бедро сроком на 4—6 месяцев. Затем назначают ходьбу на костылях, массаж, лечебную физкультуру и физиотерапию (тепловые процедуры).

Лечение медиальных переломов шейки бедра

При медиальных переломах шейки бедренной кости проводят иммобилизацию конечности в положении отведения и внутренней ротации на 3—4 месяца с помощью циркулярной гипсовой повязки для тазобедренного сустава. Так как больные пожилого возраста плохо переносят длительную иммобилизацию гипсовой повязкой, то им лучше применить клеевое вытяжение за бедро и голень с грузами по 2 кг или манжеточное вытяжение за голеностопный сустав с грузом 2—3 кг.

В ситуации, когда имеются более серьезные повреждения кости с такими деформациями, как укорочение, наружная ротация, значительная *coxa vara* или *coxa valga*, вколоченность необходимо устранить и лечить больного одним из описанных далее способов.

Латеральные переломы шейки бедра

Латеральные (базальные) переломы шейки бедренной кости у людей пожилого возраста в последние годы начали широко оперировать. Фиксацию фрагментов осуществляют металлическим трехлопастным гвоздем и металлической накладной пластинкой, соединяющейся с гвоздем. Пластинку прикрепляют к метафизу и диафизу бедренной кости 3—4 винтами. В дальнейшем по окончании остеосинтеза фрагментов больного укладывают на ортопедическую кровать, ногу помещают на ортопедическую подушку, накладывают шину Беллера или Богданова и накожное или манжеточное вытяжение на голень с грузом 2—3 кг.

В ситуации, когда гвоздь введен недостаточно глубоко в головку или проник в вертлужную впадину, для предотвращения постепенного выскальзывания гвоздя при движении накладывают гипсовую повязку с поясом сроком на 3—4 месяца. Так как данный вид травмы встречается преимущественно у лиц пожилого возраста, в послеоперационном периоде необходимо следить за деятельностью дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также за свертываемостью крови. В случае повышения коагулянтной активности крови назначаются антикоагулянты. Соответствующую медикаментозную терапию назначают и при других сопутствующих заболеваниях (сердечно-сосудистой патологии и т.д.).

После остеосинтеза вставать и ходить с помощью костылей, слегка наступая на больную ногу, разрешают только спустя 2—3 недели. В дальнейшем нагрузку на ногу постепенно увеличивают так, чтобы через 3 месяца больной мог ходить с одним костылем и палкой. Полная нагрузка разрешается не раньше чем через 5—6 месяцев от начала лечения.

Лечение латеральных переломов шейки бедра

Лечение латеральных (базальных) переломов шейки бедренной кости проводят путем фиксации конечности гипсовой повязкой либо методом постоянного скелетного вытяжения по описанной выше методике. Нужно отметить, что постоянное скелетное вытяжение достаточно широко используют при медиальных переломах шейки бедренной кости со смещением для вправления фрагментов и удержания в таком состоянии при подготовке больного к операции.

Нельзя забывать, что длительное неподвижное пребывание в постели больных пожилого возраста с гипсовой повязкой или постоянным скелетным вытяжением влечет за собой развитие гипостатической пневмонии, сердечно-сосудистых расстройств, трофических нарушений (например, развитие пролежней), приводящих в 21,2% случаев к смерти пострадавших. Также из статистических данных известно, что при применении консервативного лечения место перелома срастается в среднем только у 20% больных.