استثناوی انتهای فوقانی ران برای درمان استثناوی تفصل ران

چکیده
در طی ۲۰ سال گذشته استثناوی انتهای فوقانی ران به فراموشی سپرده شده است که بهبود از جراحان ارث‌زده برای کنار گذاشتن درمان یک آرترت تفصل ران می‌یافت. برای درمان این شکل از بروز علائم شایع انتهای فوقانی ران، توانایی طولانی به‌مدت ۲ هیپوایه اگر در حرکات تفصل و به عقیده برخی از مؤلفین دشواری‌بودن ادامه کلیه عمل عصبی کامل تفصل ران نبود، نیز می‌باشد. با این حال با توجه به عوارض درازمانی کلیه عمل عصبی کامل تفصل ران در غیر این زمان در جوانان و نیز در برخی از بیماران به‌پایان می‌آید. این بیماران به‌طور مداوم به استثناوی انتهای فوقانی ران دیکر کرد، این از جمله این عمل در هر دو گروه از این بیماران درد را به‌طور کامل خنثی کرده.

کلیه و اثرها: این استثناوی تفصل ران برای درمان استثناوی تفصل ران در ۳-۰ استثناوی تفصل ران-۲ گردیده است.
مقدمه

عمدهترین علت شروع استروآرتیت مکانیکال در مفصل ران افزایش فشار در این مفصل می‌باشد. زمانی که شیب یا سطح متحمل کننده وزن بدن یا سطح مخلوط خون و کبد را گرفته، تغییر کرده، امیدیر به قدرت و سطح مفصل. اگر شیب WBS در واقع باشد، فشار روی کبسول افزایش می‌یابد و اگر شیب WBS در واقع باشد، فشار روی حفره استرولوپی زیاد می‌شود. زمانی که کدام استرولوپی ران می‌باشد، سطح مناسبی می‌باشد. استرولوپی‌های تغییر یافته در ناحیه خارجی‌تر WBS به فشار و گرفتن در ناحیه‌های سطح مناسبی آنها مثل ناحیه‌های سطح مناسبی WBS مناسب WBS، Neck-shaft استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی توانایی WBS که در هر دو ناحیه می‌باشد که به اندازه‌ای ضعیف استرولوپی‌های مناسب‌تر است. اگر این سطح مناسب باشد، استراحت و خستگی مناسب‌تر آنها را تعمیر نکند، و دچار تیروپی‌های نارنجی‌که (حتی اگر زاویه رنگی و افق پایدار WBS، Neck-shaft، افت و یا انحراف می‌شود) که برای این استرولوپی T.
استخوان انتهای فوقانی ران برای درمان استروآرتریت مفصل ران

در استروآرتریت مفصل ران، یک زمانی که هنوز سر استخوان ران کوچک است کاربرد زیرا مکانیزم هورمون در مرکز استوانه ای قرار داده و عدم تعادل تئورهای را کاهش می‌دهد. واروس استخونتوی در استروآرتریت مبتنی کاربرد ندارد زیرا سطح تئورهای را افزایش داده و با افزایش تئورهای نیروهای همراه است.

در استروآرتریت نوع Concentric تئورهای عمومی ABD lever Arm تئورهای عمومی وارد به مفصل ران کاهش می‌دهد (شکل 5)

تکنیک جراحی دراگالوس استخونتوی برنامه‌ریزی قبل از عمل: کاهش مخاطرات در رونده گرفتن خیز پیشرفت داده و در آن حجیت استوانه ای، سر استخوان ران، گردش، تئورهای و انتهای


dow.nfonlms.ac.ir tại 18:26 IRDT ngày 23/5/2019

در حال استفاده R/5/2019

Majlesi Dāneshgāh-ye Bonyār-e Ebrāī"
تصویر ۳ - نموداری که از بالا نشان دهنده مکانیزم شیار وین بدن K یک کاملاً بطرف پاکین اثر کرده ولی نیروی انتقال عضله آپاکور QM نیروی PM و PM موجب می‌شود که شباهت آن را با دو نیروی PM معمولی و QM افت قرار دهد. مطالب تجزیه نمود.

تصویر ۴ - در مقابل نیروی R1 نیروی R2 نیروی آماده می‌شود که در واقع نیروی است که در حالت استراحت یک نیروی شیار به سر وارد می‌شود. (۱)

تصویر ۵ - نیروی R1 که بیشتر از زمین در حالت استراحت به سر وارد می‌شود یک عضله WBS را به شیار وین بدن K موجب می‌شود که شباهت آن را با دو نیروی PM و QM افت قرار دهد. مطالب تجزیه نمود.

اصطلاح لم Acetabular curtain یا قرار گیرد. زاویه محور ران در تشکیل یافتن زاویه محور ران در رادیوگرافی بیمار می‌باشد. زاویه و لگوس استرتوومی را تشکیل می‌دهد. در این حالت سر استرتوومی را به پیش قرار شده می‌کنیم تا استرتوومی سیمین قرار گیرد. در ترتیب حدود ۴ تا ۶ سانتی‌متر جانی این به داخل و در ترتیب نیروها از QM قبلی به سطح جنبه وارده و به میزان WBS اضافه می‌شود. (شکل ۱)

فوقان قرار ران و محور ران نشان می‌دهد که این رنگ آرام می‌کنیم سیس این نقشه را به خارج می‌چرخانیم یا ران را ADD می‌کنیم تا استرتوومی رأس سر (Capital drop) در مقابل استرتوومی کف
تصویر ۶- در این شکل نیروهای اکتوپ و واکتوپ که از بالا و پایین روی مکانیک سر عمل می‌کنند یا نشان می‌دهد که حتی اجزای آنها هم معادل و عکس هم‌دیگر عمل می‌کنند.(۱)

تصویر ۷- اثر وارووس استوناتومی روی مفصل ران نشان می‌دهد یک ترکاتور یا پایه بافتی تاریکی را طرف بالایی یا پایینی کارگر عضلات آبادکتور زیاد شده و در نتیجه فشار روی استخوان کم می‌شود. (۲)

تروکاتور یا پایه بافتی تاریکی که این استوناتومی نسبت بلند شده و در موضعی لاکتال نگه داشته می‌شود که این مخلوط کمی ABD lever arm اثر روی مفصل زانو: والگوس استوناتومی در یک بیمار با زانویی طبیعی محور مکانیکی را به خارج برده بطوری که خط از کناران لازال زانو عبور می‌کند، حفظ می‌کند و ارتباط طبیعی بین سر استخوان ران و مفصل زانو توسعه می‌یابد

جاپانی به استخوان ران به خارج در عمل استوناتومی اهمیت خاصی دارد. این جاپانی در یک زانوی طبیعی حدود نصف قطر استخوان ران می‌باشد.

بیشتر است میزان زاویه Valgus Extension Osteotomy مورد نیاز را در حین عمل مجازی کرده و احتمالی به این جاپانی نیست.

بهتر است میزان زاویه Extension WBS در سطح آنتروسپینالتراپ شیب پیدا همانطور که.
استخوانی انگشتان انگشتان ران در محدوده استخوانی ران در محدوده

می‌کند استخوان ران در دهانه جهت متحرک شده و مفصل ران

یک دوک‌پا در هنگام پدید آمدن را در نتیجه قسمتی از سر خارج

از استبابول قرار می‌گیرد و در واقع قسمت قدمی سر بدون

پوشش می‌ماند و در نتیجه سطح کمتری در دست زیر استبابول

قرار گرفت و چند فشار بیشتر می‌شود.

فک‌پوشین مفصل ران باعث

استبابول شده و سطح نام می‌رود با دمای و خلف افزایش می‌دهد

در نتیجه این مقدار فک‌پوشین مفصل زاویه

استتوموی ما را مشخص می‌کند.

این روبی به

کاهش می‌شود به‌صورت بازیابی در

NSA و اکس‌زا یا واروس انجام شود لازم است

که درجه واروس و اکس‌زا دور را رطوبی تنظیم می‌شود.

که پنجره این اثر را خنثی کرد مثلاً NSA از اقلیم

درجه بیشتر یک Extension استتوموی حدود ۵ درجه

به NSA ۱۲ درجه کاهش در NSA

تکنیکی و اکس‌زا استتوموی

ایزولات و پاپیه‌های AO برای استتوموی یکی می‌رود.

همین که بیمار بیهوش شده دامنه حرکات مفصل ران می‌باشد

ارزیابی می‌کند. اگر حرکات پایپیه کمتر از ۱۵ درجه

آکستنشن و ۵۰ درجه فک‌پوشین باشد معمولاً استتوموی

انجام نمی‌شود. زیرا خطر اکستنشن بعدی مفصل وجود دارد. در

این موارد باید به بیمار خاطرات کرد که عمل جراحی به

تورتال او‌آریوپلیسی منشی می‌شود.

اگر حرکات پایپیه رضایت‌بخش بود بیمار را در وضعیت

خوابیده به پشت رود تحت عمل معمولی اتخاذ عمل قرار داده و از

بنادر جهت پر بست استتوموی کمی. اگر نیز رادیوگرافی

لازم نباشد. پس از برش آن‌ها برش مفصل‌های شانه‌استریلی

فصل را با برش و استتوم شیر مشخص می‌کنیم. خطر برش

مستحیل‌آمیز مشخصی در خلف ترکاتور برگ قرار دارد. پس

از برش نهایی عضله و استتوم آراستن را مشخص کرده و آن

را بطور کامل از‌بلاست می‌پذیرد به اتلاف آن به ترکاتور

بی‌درها و همچنین آن را از قسمت خارج از دیواره بین

عظامی خارجی جدا می‌کنیم. به کمک ترکاتورها یک تک‌پا

فضاهای بین تسوس‌فاسیالات و رئیش‌های دامی گلوتوس

مدیوس را مشخص نمود و عروق مربوط را در محوطه عمل

شناسانی و یک تک‌پا می‌کنیم.

یک تک‌پا هر که در ورود لبه این قسمت قدمی

استبابول قرار داد و رگ‌کشک در قسمت فوءات و تحتان کیس

فصل را در داخل استبابول حداکثر یک تک‌پا شده است

Extension می‌آورد. میزان فک‌پوشین از سطح افق درجه

استتوموی را مشخص می‌کنیم که اغلب بین زاویه مساوی

درجه باشد. از آنجایی که استتوموی نشان

موجب کاهش زاویه بین گردان و تنه استخوان ران می‌گردد

مقداری اکس‌زا نیز برای جبران این کاهش لازم بوده و در

نتیجه با پیدا به زاویه اکس‌زا طرح تزییه اضافه می‌گردد.

یک استفاده از یک استبابول برگ ترکاتور برگ را بطور

ناتوان استخوان ران جدا ساخته و آن را به سمت خارج افراد

رها می‌کنیم. یالین عمل با پایه‌گیری نواحی آن به‌طور

استخوان جنسیت به‌طور مستقیم در آنجا به‌طور ناکام استخوان کیس

واجی استخوان گوش دهنده که مناسب مفصل زاویه

متصل به ترکاتور برگ باقی مانده و در این حالت پس از

و اکس‌زا استتوموی تحت کشش قرار گرفته و سپس تحریک

تشکیل استتوموی در سقف استبابول می‌شود. فیبرهای سطحی

خلقه گلوتوس می‌پوشند نیازی به بیدار شود که این در نظر

محافظ داشته و می‌توان با قراردادن یک تک‌پا گوش‌های شکل

استخوان در داخل آن‌ها بازوی کارگر آموزشي‌ها را افزایش داد.

و در نتیجه از میان فوءات و تحتان کیس استخوان ران کاست. یک

پنجره را پر و قسمت کیسی استخوان ران یک

و اکس‌زا استتوموی قرار داده طبیعی که نیک آن را به

داخل استخوان ران به‌طور بهتر راه‌اندازی می‌شود و با توجه

به نتیجه در محدوده استخوانی ران برای این راه‌اندازی بی‌درها
استخوانی انتهای فوقانی ران باید درمان استخوانی مفصل ران چیزی را مشخص می کند و به تعمین طول پلیت مورد استفاده کمک می کند. زاویهای که پیش راهنمایی و چیزی یا محور ران تشکیل می دهند باید میان جمعی زاویای زیر باشد.

1- زاویه محکم که دارای پلیت نسبت به محور آنتانومیک تنه استخوان ران دارد. محدود می شود در محدوده AOA 130 درجه ساختمه گروه 50 درجه است.

2- زاویه والگوس محاسبه شده برای اصلاح Extension

3- زاویه والگوس اضافی که برای چنان مقدار منفی پرداخت و راه اندازی ران دارا در نقطه ورودی چیزی قبل از دیر در حالی که ادامه به ادامه Extension وارد استخوان می کنیم.

در بالاستاتیال مواردی با تخت عمل جراحی پرده تا plate مقدار لازم بیان آید. در حالی که ادامه به Extension می اسی انتخاب از یک هر برخی 1/5 سانتی متر دیستال به نقطه ورودی چیزی و عمل یا استخوان ران استخوانی را

تصویر 9- یا فاکسیون ران مجدداً یا در داخل استابیولوم پوشش کامل پیدا می کند و زاویه بین استخوان ران و میز عمل زاویه استخوانی را مشخص Extension می کند و چهل درای عمل بر تخت عمل وارد و دست کردهن و سر به داشته تا سطح تامین با متافیر فوقانی انرژی یابد.

نگه داشته باید عمومی انتخاب به ترکاتر کوچک تاندون الیپسوس را از محل اتصال به ترکاتر کوچک.

جدا می کنم

یک اگر استخوانی بزرگ در قسمت تحتانی سر ران یا کف

سال ششم/شماره 1/بهار 1378 مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران
تصویر ۱۰- وسیله برای این نوع استخوانی (AO Double angle blade plate) درجه ۱۲۰ می‌باشد - استخوانی ناقص نیز اگر وکاتئر تجربه می‌شد، زاویه ۱۳۰ درجه گردید و سرم می‌شد. در داخل زاویه ۵۰ درجه - میزان انگشتان والیکس و میزان می‌باشد. در شکل A درجه ۳۰ و درجه والیکس درجه ۶۰ درجه ۵۰ درجه A و ۸۰ درجه B. درجه والیکس درجه ۵۰ درجه ۶۰ درجه والیکس ۲۰ درجه والیکس چپ.

تصویر ۱۱- بردنشت گره استخوانی از دو مقطع می‌باشد.

مقطع اولیه؛ عمد بی‌محور که استخوان پوده و درست ۱۵ زیر محل ورود چپر می‌باشد و قاعد خارجی گره میزان والیکس و والیکس و قاعد خالی گره میزان را داشته می‌باشد. (4) extension
استخوانی انتهای فوقانی ران برای درمان استخوانی مفصل ران

به پالت نایب می‌کنیم به‌طوری که پیچ انتهایی فقط یک AO

کورتکس را گیرد. تکه استخوان گویای شکل پدست آمده قطعه دیستال را در محل استخوانی ناکام تروکانتر بزرگ قرار داده و با استفاده از نخ‌های قابل جذب کسب مفصل ران را تریم می‌کنیم. عضله و استوس لاترایس را به ناحیه بین عضلانی خارجی می‌وزیم. زخم را در چند روز جهت بسته‌گیری به دستگاهی می‌دهیم.

ویژگی‌های استخوانی

برنامه‌ریزی قبل از عمل

با استفاده از رادیوگرافی مفصل ران که در آن محوار تنه استخوان مشخص شدند. شکل سر و گردن - استابیلوم و انتهای فوقانی ران و محوار تنه را رسم کرده و سپس کاغذ رسم را افقی به سمت داخل چرخانیده تا حدی که پشت سر استخوان ران پرسیله استابیلوم حاصل شود. زاویه بین محور استخوان ران در کلیشه رادیوگرافی، محور استخوان ران در کاغذ رسم، اندازه واروس استخوانی ها را مشخص می‌کند.

به ویژه پالت نایب می‌کنیم به‌طوری که پیچ انتهایی فقط یک AO

کورتکس را گیرد. تکه استخوان گویای شکل پدست آمده قطعه دیستال را در محل استخوانی ناکام تروکانتر بزرگ قرار داده و با استفاده از نخ‌های قابل جذب کسب مفصل ران را تریم می‌کنیم. عضله و استوس لاترایس را به ناحیه بین عضلانی خارجی می‌وزیم. زخم را در چند روز جهت بسته‌گیری به دستگاهی می‌دهیم.

ویژگی‌های استخوانی

برنامه‌ریزی قبل از عمل

با استفاده از رادیوگرافی مفصل ران که در آن محوار تنه استخوان مشخص شدند. شکل سر و گردن - استابیلوم و انتهای فوقانی ران و محوار تنه را رسم کرده و سپس کاغذ رسم را افقی به سمت داخل چرخانیده تا حدی که پشت سر استخوان ران پرسیله استابیلوم حاصل شود. زاویه بین محور استخوان ران در کلیشه رادیوگرافی، محور استخوان ران در کاغذ رسم، اندازه واروس استخوانی ها را مشخص می‌کند.

به ویژه پالت نایب می‌کنیم به‌طوری که پیچ انتهایی فقط یک AO

کورتکس را گیرد. تکه استخوان گویای شکل پدست آمده قطعه دیستال را در محل استخوانی ناکام تروکانتر بزرگ قرار داده و با استفاده از نخ‌های قابل جذب کسب مفصل ران را تریم می‌کنیم. عضله و استوس لاترایس را به ناحیه بین عضلانی خارجی می‌وزیم. زخم را در چند روز جهت بسته‌گیری به دستگاهی می‌دهیم.

ویژگی‌های استخوانی

برنامه‌ریزی قبل از عمل

با استفاده از رادیوگرافی مفصل ران که در آن محوار تنه استخوان مشخص شدند. شکل سر و گردن - استابیلوم و انتهای فوقانی ران و محوار تنه را رسم کرده و سپس کاغذ رسم را افقی به سمت داخل چرخانیده تا حدی که پشت سر استخوان ران پرسیله استابیلوم حاصل شود. زاویه بین محور استخوان ران در کلیشه رادیوگرافی، محور استخوان ران در کاغذ رسم، اندازه واروس استخوانی ها را مشخص می‌کند.

به ویژه پالت نایب می‌کنیم به‌طوری که پیچ انتهایی فقط یک AO

کورتکس را گیرد. تکه استخوان گویای شکل پدست آمده قطعه دیستال را در محل استخوانی ناکام تروکانتر بزرگ قرار داده و با استفاده از نخ‌های قابل جذب کسب مفصل ران را تریم می‌کنیم. عضله و استوس لاترایس را به ناحیه بین عضلانی خارجی می‌وزیم. زخم را در چند روز جهت بسته‌گیری به دستگاهی می‌دهیم.

ویژگی‌های استخوانی

برنامه‌ریزی قبل از عمل

با استفاده از رادیوگرافی مفصل ران که در آن محوار تنه استخوان مشخص شدند. شکل سر و گردن - استابیلوم و انتهای فوقانی ران و محوار تنه را رسم کرده و سپس کاغذ رسم را افقی به سمت داخل چرخانیده تا حدی که پشت سر استخوان ران پرسیله استابیلوم حاصل شود. زاویه بین محور استخوان ران در کلیشه رادیوگرافی، محور استخوان ران در کاغذ رسم، اندازه واروس استخوانی ها را مشخص می‌کند.
مستنداتی از وضعیت ران برای درمان است‌توآتروت مفصل ران

 تصویر 13 - (A-D) شکل شماتیک قبل از عمل رانشان می‌دهد (برنامهریزی قبل از عمل) و شکل (E-H) رادیوگرافی 11 است‌توآتروتیک valgus-Extension سالم بعد از عمل رانشان می‌دهد.

اثر روز مفصل زانو

واروس است‌توآتروتیک در یمیاری که دارای زانوی طبيعي باشد سبب انتقال محور مکانیکی به سمت داخل می‌شود و خط از کم‌پارتمان داخلی مفصل زانو و غیر منتظره می‌کند و Mikulicz و برای حفظ ارتباط طبيعي بین مفصل زانو و زانو بايد تنها است‌توآتروتیک در داخل ران را به سمت داخل چابجا تنرمی معادل نصف قطر است‌توآتروتیک را اگر زانو از قبل الدار تغییر شکل و اوروس بايد تنها است‌توآتروتیک به داخل نیست.

محور مکانیکی کافی خود خود از کم‌پارتمان داخلی هر کنده و در این حالت عدم چابجا تنها است‌توآتروتیک به داخل یافته توصیه می‌گردد و اوروس زانو می‌شود و در این حالت علاوه بر چابجا تنها است‌توآتروتیک به داخل در این یمیاران گاهی و الگوس است‌توآتروتیک در قسمت بالای است‌توآتروتیک تیپا لازم می‌باشد. اگر زانو از قبل دچار تغییر شکل و الگوس بايد اختیاجی به چابجا تنها است‌توآتروتیک به داخل نیست.
تکنیک
واروس استخوانی را می‌تران با برداشتی یک تکه گودای
شکل استخوان با ضخامت کامل یا متوسط با انجام
استخوانی اینتروکاتریک و چاپا کردن قطعه استخوانه به
سمع بالا بدون برداشتی هرگونه استخوانات انجام داد. روش این
حاصل کوتاهی را به پای می‌آورد.

ساختار بردار خوابیده به پشت شویی تخت عمل قرار گرفته
و مفصل ران با برای استخوان جوزه مشخص می‌شود. مستقیم
استخوانی با فلکسیون مفصل بطنی که توضیح
داده شده مربوط می‌شود. چیزی زایده واروس نظر
واد و گردید بین مهتابی ران می‌گردد.
Angle
در این نوع استخوانی از بلیت زاویه‌دار ۹۰ درجه
در کانون بین چیزه و محوی نه استخوان ران باشد.
Blade plate

عدد ۹۰ درجه منهای زاویه واروس مورد نظر بسته برای مثال
اگر ۱۰ درجه واروس استخوانی لازم است چیزه را باید با
زاویه ۸۰ درجه وارد نمود.
پس از تعیین نقطه ورودی چیزه بر روی کورتکس لازم
چیزه را وارد کرده و برای تعیین میزان
مورد نیاز هنگامی که کمی و چیزه را به موازات تخت افقی عمل وارد
گزین استخوان ران می‌کنیم، معمولاً استخوانی را
۱/۵ سانتی‌متر زیر نقطه ورودی قرار می‌دهیم.

بعد از انجام برخی عرضی در استخوان، یک هرک را داخل
منگ استخوان به استخوان نموده و ترکاتر چیزه را مشخص
می‌کنیم و تاندون اپیپیسوس را می‌بریم، وقتی که ترکاتر
کورکبچنده، به نقطه تختی بامده باشد به مام آن را جدا
کرده و بیانن پرین استخوان استفاده می‌کنیم. اما وقتی به نقطه
فوقانی چسبیده باشد آن را حفظ می‌کنیم تا بعنوان نگهدارنده

سال ششم / شماره ۱ / بهار ۱۳۷۸
مشکلات و عوارض
در طی ۲۰ گذشته استفترمی انتهای فرقوانی ران
بدافشانی Tahara نسبت به مبتلا به از ارتودکس پی این عقدیاند که تعویض کامل مفصل ران تحت راه دارمان است، روش آرتها این مفصل می‌باشد.
معایب ذکرده‌برای استفترمی انتهای فرقوانی ران عبارتند از:
۱- عدم اطمینان به نتیجه عمل
۲- درد در درآمد حرکات مفصل ران
۳- درآمد بدنی طولانی
۴- درآمد بدنی انجام تعویض کامل مفصل بعد از استفترمی
۵- بی‌درد در آمد نتیجه عالی تعویض کامل مفصل ران در
کتامباده به‌جز به توجه به عوارض درآمد تعویض کامل مفصل ران با سیمان در جوانان و برخی از بیماران پرآمده مجدد به استفترمی انتهای فرقوانی ران نکرده.
استفترمی در هر دو درجه از این بیماران در راه را بخور
تخفیف می‌دهد.
باید دانست که استفترمی فقط یک عمل موثر است و
بیمارانی که نهایتاً به تعویض کامل مفصل ران نیاز دارند بعداً هیچ‌گونه دوازده بیماران برای انجام این عمل نخواهد داشت
پس از بیماران در واگر مکن است تکنیک‌های پرتر
در راه با تعویض کامل مفصل ران سود پرند.

مطیعی در سمر داکتیل بغل اثر تخته عظام در
درآورده و چون می‌باشد و در این مسئله، می‌باشد
دواره ۱۰ mm (Elbow بل.) به این استخوان را بالا بیان دارد. Elbow بل.
پیشک خروجی که بغل از در دیگر
کره‌چه از باکس نموده تا از مجزا مکانیکی زانو در راه انتخاب قرار
گیرد.
پیشک بیان کرده‌که با باکس
در دیگر

References
3) Carlsson A S; Total hip replacement according to charnley, A review of complications and function; Acta Orthop, Scand 1981 (52): 339
5) Harrison M.H.M, Schajowicz F. and Trutea S.;
Osteoarthritis of the hip, A study of the nature and evolution of the disease; J.B.J.S 1953 (35B): 598


7) Santore R.F., and Bombelli R.; Long-term follow-up of the bombelli experience with osteotomy for osteoarthrosis: Results at 11 Years; In the hip: proceedings of the 11th open scientific Meeting of the hip society. ST.Louis. C.V.Mosby 1983
PROXIMAL FEMORAL OSTEOTOMY FOR TREATMENT OF FEMORAL HEAD OSTEOARTHRITIS

M. Nourouzi, M.D.*

ABSTRACT

During the past 20 years, proximal femoral osteotomy has been forgotten because most orthopedic surgeon believed that total hip arthroplasty is the only treatment method for hip joint osteoarthritis.

The disadvantage of proximal femoral osteotomy include: Uncertain results, prolonged rehabilitation time after surgery, little improvement in joint ROM and according to some authors difficult subsequent total hip arthroplasty.

However, longterm complications of total hip arthroplasty with cement in young adults and some senile patients should be taken into proximal femoral osteotomy again, because this procedure reduce pain in both groups of patients.

The application of osteotomy is when the patient is well cooperative and the hip joint has acceptable range of motion.

If under general anesthesia the passive range of motion of hip is less than 15° adduction and 30-50° flexion, because the risk of joint ankylosis, osteotomy is not indicated. In this situation the total hip arthroplasty is the treatment of choice. Early osteotomy increase hip range of motion and thus osteotomy is contraindicated in patients with limited range of motion of hip joint.

The main goals of osteotomy include:
1- Reduction of pain
2- Reduction of forces of joint
3- Preserve of horizontal weight bearing surface

These goals is achieved by a proximal femoral osteotomy, but if weight bearing surface takes a position other than horizontal, another complementary pelvic or acetabular osteotomy is also required.

In severe superolateral acetabular osteoarthritis, a valgus extension osteotomy is required to change the hip mechanics and repair of anterosuperolateral slope.

In medial hip osteoarthritis a valgus osteotomy is indicated when femoral head is still spherical but varus osteotomy is not indicated in medial hip osteoarthritis because increases the horizontal vectors of forces and is

*Assistant Professor of Iran University of Medical Sciences and Health Services

accompanied with force imbalance.

In concentric hip osteoarthrosis a varus osteotomy decreases vertical forces to hip joint.

Valgus osteotomy shifts the mechanical axis of femur to lateral and causes to pass of axis from lateral compartment of knee. To compensate this effect, femoral shaft should be displaced to lateral during osteotomy. Varus osteotomy has opposite effect and required medial displacement of femoral shaft for compensation of this effect.

However in patients that require total hip arthroplasty, no problem arise from previous hip osteotomy.

Finally should be noticed that proximal femoral osteotomy is a temporary procedure that retards the time of total hip arthroplasty and in fact give time to patient take benefits from future better technology of total hip arthroplasty.

Key Words: 1) Femoral osteotomy
3) Osteoarthritis
2) Femoral head