

Новые технологии

© С.Я. Зырянов, 1997

Способ остеосинтеза большого вертела бедра

С.Я. Зырянов

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ В.И. Шевцов)

Для лечения больных с переломами большого вертела бедра и их последствиями предложен способ закрытого остеосинтеза позволяющий осуществить репозицию и прочную фиксацию костных фрагментов.

Ключевые слова: бедро, большой вертел, перелом, остеосинтез закрытый.

A method of closed osteosynthesis for treatment of patients with fractures of femoral greater trochanter and their consequences is supposed, which gives the possibility to perform reposition and fixation of bone fragments.

Keywords: femur, greater trochanter, fracture, closed osteosynthesis.

Лечение пациентов с изолированными переломами большого вертела бедра, которые возникают как в результате отрыва последнего, вследствие резкой и чрезмерной по силе тракции мышц, так и при прямом воздействии травмирующего фактора, осуществляют посредством вытяжения, гипсовой иммобилизации или выполняют открытый остеосинтез костным штифтом, металлическими шурупами [1], а также чрескостный остеосинтез, но при известной методике [2] спицы проходят через массив мягких тканей ягодичной области, что может обусловить прорезывание кожи спицами и увеличивает вероятность инфицирования.

Несращение при данном виде перелома чревато возникновением болей в области большого вертела и положительного симптома Тренделенбурга, обусловленного выпадением функции средней и малой ягодичных, а также грушевидной мышц и, как следствие этого, хромота. В данной ситуации лечение может быть только оперативным, с соответствующей анатомической области величиной разреза и необходимостью через 2-3 месяца [3] повторить последний для удаления металлических конструкций.

Для решения вышеперечисленных проблем предлагается новый вариант закрытого остеосинтеза большого вертела бедра.

Суть описываемого способа заключается в создании компрессии в межфрагментарном диастазе посредством натяжения предварительно изогнутых спиц. Классическим прототипом этой методики является аппарат Грайфенштейнера, но в подобных конструкциях закрепляют оба конца спицы, что является основным условием создания компрессионных усилий между костными фрагментами.

Техника остеосинтеза заключается в следующем. После выполнения анестезии в верхней трети бедра перпендикулярно его продоль-

ной оси проводят три взаимоперекрещивающиеся спицы, которые фиксируют в натянутом состоянии к внешней опоре (рис.1).

Через фрагмент большого вертела бедра, сместив предварительно мягкие ткани проксимально, проводят спицу в направлении сзади кпереди сверху вниз под углом около 40-45 градусов по отношению к продольной оси шейки бедра, а затем изменяют направление и, уменьшая вышеописанный угол, вводят спицу в шейку около головки данного сегмента. Вторую спицу проводят под углом к первой также через костный отломок в шейку бедренной кости.

Наружные концы спиц, предварительно прогнув их вниз, фиксируют к внешней опоре при помощи болтов-спицефиксаторов или дистракционных стержней и кронштейнов, что обеспечивает компрессию между отломками.

Иллюстрацией методики является данное клиническое наблюдение.

Больная К., 53 лет поступила в клинику с посттравматической варусной деформацией левого бедра (145 град.) и анатомическим укорочением его на 4 см в сочетании с несросшимся переломом большого вертела этого же сегмента (рис.2 и 3). Выраженная хромота у этой пациентки была обусловлена не только анатомическим и функциональным укорочением левой нижней конечности, но и положительным симптомом Тренделенбурга.

Одновременно с выполнением компактотомии левого бедра на вершине деформации осуществлен закрытый остеосинтез большого вертела по вышеописанному способу (рис.4 и 5).

Срок дистракции составил 41, а последующая фиксация - 45 дней. Фрагмент большого вертела фиксировали 1,5 месяца.

Сращение наступило как в зоне удлинения и коррекции, так и в области большого вертела (рис. 6 и 7).

Таким образом, данный способ позволяет бескровно прочно фиксировать костные фрагменты, безопасен, исключает проведение спиц через массив мягких тканей ягодичной области, а также в проекции крупных сосудов и нервов.

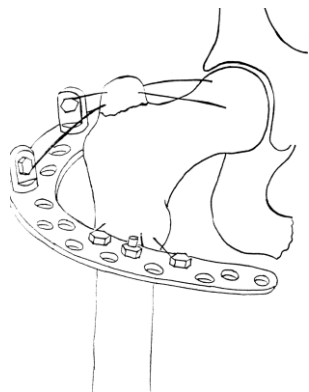


Рис. 1. Схема остеосинтеза большого вертела бедра



Рис. 2. Рентгенограмма верхней трети левого бедра больной К. до лечения.



Рис. 3. Рентгенограмма левого бедра больной К. в прямой проекции до лечения.



Рис. 4. Рентгенограммы верхней трети левого бедра больной К. в прямой (а) и боковой (б) проекциях в процессе лечения.

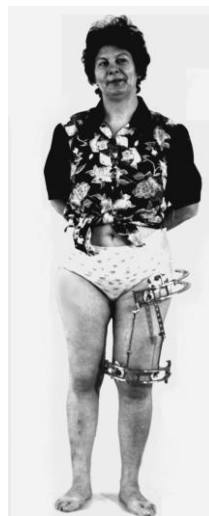


Рис. 5. Больная К. в процессе лечения аппаратом Илизарова.



Рис. 6. Рентгенограмма левого бедра больной К. после снятия аппарата Илизарова.



Рис. 7. Рентгенограмма верхней трети левого бедра больной К. после окончания лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уотсон-Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов. - М.: Медицина, 1972. - 672 с.
2. Илизаров Г.А., Швед С.И., Шигарев В.М. Чрескостный остеосинтез при переломе шейки бедренной кости // Ортопед. травматол. - 1983. - № 9. - С.46-47.
3. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. - М.: Медицина, 1979. - 568 с.

Рукопись поступила 10.10.97.