

Способ лечения двойного перелома бедренной кости с расщеплением центрального отломка

А.Г. Карасев, С.П. Бойчук, С.В. Мухтяев

A technique for treatment of double femoral fracture with splitting the central fragment

A.G. Karasiov, S.P. Boitchooch, S.V. Mukhtiaev

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Лечение пострадавших с сегментарными переломами длинных трубчатых костей, как отмечают многие авторы, представляет большие трудности [1, 2]. Накостный и внутрикостный остеосинтез имеет ограниченное применение, так как скелетирование промежуточного фрагмента ухудшает и без того нарушенное кровоснабжение, что является одной из главных причин замедленного сращения и образования ложных суставов [3,4].

Нами предложен способ лечения двойного перелома бедренной кости с продольным расщеплением центрального отломка, который обеспечивает возможность закрытой репозиции костных отломков при их значительном смещении в условиях большого массива мягких тканей, предупреждает развитие несращения и сокращает продолжительность лечения*.

Способ осуществляется следующим образом.

В условиях операционной, для достижения центрации проксимального и дистального отломков бедренной кости, производят скелетное вытяжение за мыщелки бедра. Через метафизарные отделы бедренной кости проводят базовые, а через концы основных отломков — репозиционно-фиксационные спицы. Концы спиц в натянутом состоянии фиксируют в опорах аппарата, которые соединяют между собой резьбовыми стержнями с шарнирными узлами для дозированного разноплоскостного смещения костных отломков относительно друг друга.

После этого производят фиксацию фрагментов центрального расщепленного отломка кости. Для этого репозиционно-фиксирующие спицы проводят вначале через медиально расположен-

ный фрагмент, а затем во встречном направлении — через противостоящий ему латеральный фрагмент. В зависимости от величины и места расположения расщепленных фрагментов, каждый из них фиксируют одной-двумя спицами. Свободные концы спиц крепят в тракционных узлах, монтируемых на дополнительной, либо на одной из основных опор аппарата. Операцию завершают выполнением контрольной рентгенографии, стабилизацией систем аппарата и наложением асептических повязок.

В послеоперационном периоде, начиная с 3-4 дня, осуществляют дозированную репозицию фрагментов центрального продольно-расщепленного отломка. Для этого дозированно смещают костные отломки навстречу друг другу посредством натяжения фиксирующих спиц. Темп перемещения устанавливают в пределах 2-3-х мм в сутки.

После достижения плотного контакта расщепленного центрального фрагмента осуществляют взаимокompрессию, которую поддерживают до полного сращения.

Восстановив целостность центрального фрагмента, осуществляют дозированное продольное разведение проксимального и дистального отломков до образования между ними диастаза величиной, несколько превышающей длину центрального отломка. После этого дозированной тракцией за фиксирующие спицы вводят центральный отломок в образовавшийся диастаз. Осуществив репозицию отломков и приведя их в положение контакта, аппарат переводят в режим стабильной фиксации, которую поддерживают до получения консолидации перелома. После сращения перелома производят демонтаж аппарата, который выполняют постепенно: вначале удаляют спицы, фиксирующие центральный отломок, а затем, через 3-5 дней, последовательно — спицы, проведенные через

* Заявка № 99109314 РФ, МКИ⁶ А61В 17/56 Способ лечения двойного перелома кости, осложненного расщеплением центрального отломка / А.Г. Карасев, С.П. Бойчук, С.В. Мухтяев. - Заявлено. 26.04.99 г.

основные отломки кости.

После снятия аппарата дополнительной иммобилизации конечности, как правило, не требуется. Больному назначают курс ЛФК.

Практическое выполнение способа иллюстрируется клиническим наблюдением.

Больной Ш., 26 лет, поступил в клинику РНЦ "ВТО" имени академика Г.А. Илизарова через 7 дней после автодорожной травмы с диагнозом: открытый (1 А тип) двойной диафизарный перелом правого бедра с продольным расщеплением центрального отломка (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма больного Ш., 26 лет, до операции



Рис. 2. Рентгенограмма больного Ш., 26 лет, после чрескостного остеосинтеза правого бедра аппаратом Илизарова

В день поступления под эпидуральной анестезией пострадавшему по предлагаемому способу был выполнен остеосинтез правой бедренной кости.

В послеоперационном периоде, начиная с 3-го дня, осуществляли в течение 12 дней дозированную репозицию фрагментов центрального

отломка бедра путем их тракции, навстречу друг другу.

Темп перемещения фрагментов не превышал 2,0 мм в сутки. Окончательную репозицию промежуточного фрагмента осуществили на 18-й день (рис. 3).

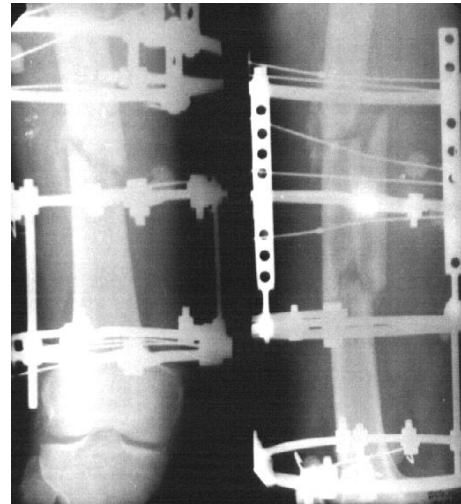


Рис. 3. Рентгенограмма больного Ш., 26 лет, после окончательной репозиции промежуточного фрагмента

После получения признаков консолидации перелома произведен постепенный демонтаж аппарата.

На 107-й день фиксации аппарат снят (рис. 4). Дополнительной иммобилизации не производили. Больной прошел курс ЛФК с постепенно возрастающей нагрузкой на оперированную конечность. Срок нетрудоспособности составил 167 дней. В результате лечения достигнута консолидация перелома, восстановлена опороспособность конечности, ось которой правильная. Движение в коленном и тазобедренном суставах – в полном объеме.



Рис. 4. Рентгенограмма больного Ш., 26 лет, после снятия аппарата

Таким образом, использование способа обеспечивает возможность закрытой репозиции костных отломков при их значительном смеще-

нии в условиях большого массива мягких тканей, предупреждает образование ложных суставов и сокращает сроки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян Д.В. Лечение закрытых сложных (оскольчатых и сегментарных диафизарных переломов костей голени) : Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1982. - 32 с.
2. Бецишор В.К. Особенности оперативного лечения больных с множественными переломами костей конечностей и их последствиями // Ортопед., травматол. - 1978. - № 1 - С. 13-17.
3. Ибрахимов Г.И. Внутрикостная фиксация металлическим стержнем при множественных переломах длинных трубчатых костей // Мед. журнал Узбекистана. - 1974. - № 4 - С. 3.
4. Охотский В.П., Сувалян А.Г. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов // Сов. медицина. - 1988. - № 7. - С. 42-45.
5. Савченко Е.А., Ржеутская Л.Б., Горохов В.Е. Сравнительная оценка методов лечения при лечении двойных переломов большеберцовой кости // Труды Всеросс. съезда травматол. -ортопедов. - Л.,1977. - С. 86-87.

Рукопись поступила 14.01.2000.

Вышли из печати



В.И. Шевцов, В.Д. Макушин, К.Э. Пожарищенский

Лечение больных с дефектом большеберцовой кости методом реконструктивной тибялизации малоберцовой

Курган: Периодика, 1994. - 256 с., ил. 99, библиогр. назв. 258.

Книга посвящена лечению больных с дефектом большеберцовой кости за счет малоберцовой на основе новейшей технологии чрескостного остеосинтеза с помощью аппарата Илизарова. В работе приводятся схемы компоновок аппарата и описаны приемы тибялизации малоберцовой кости в зависимости от анатомо-функциональных изменений, сопутствующих основной патологии. Определены показания и противопоказания к вариантам тибялизации малоберцовой кости, критерии выбора оптимальных методик остеосинтеза аппаратом. Описаны возможные ошибки технического и лечебного плана и меры по их устранению в процессе остеосинтеза.