

Устройство для лечения переломов бедренной кости вертельной области

Ю.М. Сысенко, С.И. Швед, А.В. Каминский

A device for treatment of femoral trochanteric fractures

Y.M. Sysenko, S.I. Shved, A.V. Kaminsky

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)

В статье показана актуальность лечения травматологических больных с переломами бедренной кости вертельной области. Говорится об особенностях чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении данной категории пострадавших. Подробно описана предложенная для этих целей специальная компоновка аппарата Илизарова.

Ключевые слова: бедренная кость, вертельная область, переломы, чрескостный остеосинтез, аппарат Илизарова.

The work deals with actual problem of treatment of traumatological patients with femoral trochanteric fractures. Distinctions of the transosseous osteosynthesis according to Ilizarov are discussed for treatment of such patients. A special configuration of the Ilizarov apparatus, proposed for this purpose, is described in details.

Keywords: femur, trochanteric zone, fractures, transosseous osteosynthesis, the Ilizarov apparatus.

Проблема лечения больных с переломами бедренной кости вертельной области, несмотря на значительные успехи, достигнутые травматологией на современном этапе ее развития, еще далека от своего окончательного решения.

Среди всех повреждений бедренной кости переломы вертельной области составляют от 17 до 51,5%, а среди повреждений проксимального отдела бедра на переломы названной локализации приходится от 51 до 90% [5, 7, 9]. Кроме того, в данной категории пострадавших 79,3 – 95% составляют больные старших возрастных групп [2, 6].

Следует отметить, что многообразие повреждений вышеуказанной локализации, трудности в сопоставлении отломков бедренной кости и их удержании, особенности этого контингента больных создают значительные трудности при лечении пострадавших с переломами бедренной кости вертельной области. Об этом, в частности, свидетельствует большое количество неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов, получаемых при лечении больных с вышеуказанными переломами традиционными методами: от 23,9 до 43% – при консервативном [3, 4] и от 4 до 13,2% – при оперативном [1, 3, 8].

Поэтому не удивительно, что ученые продолжают поиск новых, более простых и эффективных, способов лечения пострадавших с переломами бедренной кости вертельной области,

причем в последнее время все большее количество сторонников приобретает метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением аппаратов наружной (внешней) фиксации различных конструкций.

На наш взгляд, метод чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении травматологических больных с переломами данной локализации вобрал в себя лучшие стороны как консервативного, так и оперативного методов. Малая травматичность вмешательства, точное сопоставление костных отломков и их стабильная управляемая фиксация, а также возможность ранней функциональной нагрузки делают его на данном этапе развития травматологии самым перспективным направлением в лечении этой сложной категории пострадавших.

Для лечения больных с переломами бедренной кости вертельной области нами предложена специальная компоновка аппарата Илизарова [10].

С целью исключения дополнительных смещений отломков сломанной кости и травматизации ими мягких тканей транспортную иммобилизацию снимают на операционном столе после проведения анестезии.

На операционном столе пострадавшего укладывают на специальную подставку для таза с промежуточным упором. Панели операционного стола из-под таза и нижних конечностей опуска-

кают таким образом, чтобы там образовалось пространство, облегчающее проведение спиц и монтаж аппарата Илизарова.

Скелетное вытяжение накладывают на уровне надмыщелков бедра, неповрежденную нижнюю конечность при этом фиксируют при помощи стоподержателя, входящего в комплект операционного стола. При наложении скелетного вытяжения травмированной конечности придают положение отведения до угла $115-120^\circ$ по отношению к биспинальной линии и наружной ротации $10-15^\circ$.

После наложения скелетного вытяжения производят устранение смещения костных отломков по длине, по возможности устраняя ручными манипуляциями имеющиеся смещения отломков бедренной кости по ширине и под углом.

На коже устанавливают рентгеноконтрастные метки (инъекционные иглы), которые фиксируют на уровне перелома и местах предполагаемого введения спиц (рис. 1).

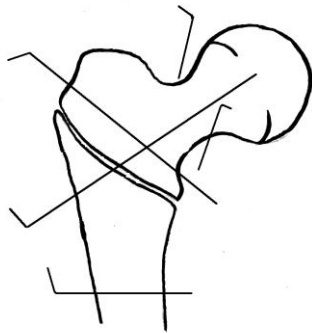


Рис. 1. Схема установки рентгеноконтрастных меток при осуществлении чрезкостного остеосинтеза переломов бедренной кости вертельной области

После этого в двух проекциях (прямой и аксиальной) осуществляют контрольную рентгенографию поврежденного тазобедренного сустава с захватом верхней трети бедра.

Операционное поле обрабатывают антисептическим раствором и ограничивают стерильным материалом с таким расчетом, чтобы к поврежденному бедру был возможен доступ со всех сторон, обеспечивающий тем самым удобство как при проведении спиц, так и при монтаже аппарата Илизарова.

Через проксимальный отломок бедренной кости под углом $40-45^\circ$ друг к другу в косо-сагиттальных плоскостях проводят две перекрещивающиеся спицы с упорными площадками, причем одна из этих спиц проводится с передней поверхности бедра, а другая – с задней. Кроме того, необходимо отметить, что плоскость, в которой находятся проведенные спицы, должна располагаться параллельно плоскости излома кости.

На границе верхней и средней трети диафи-

за бедренной кости под углом $55-60^\circ$ друг к другу в косо-сагиттальных плоскостях проводят две перекрещивающиеся спицы. Еще одну спицу с упорной площадкой проводят в косо-фронтальной плоскости на $2-2,5$ см выше уровня проведения двух перекрещивающихся спиц, причем эту спицу проводят в направлении с передней поверхности бедра на заднюю и с наружной – на внутреннюю.

Монтируют аппарат Илизарова из двух опор – дуги и кольца, которые соединяют между собой при помощи шарнирных систем.

После контрольной рентгенографии производят устранение оставшихся смещений отломков бедренной кости: по длине – путем дистракции по соединительным стержням, по ширине – за счет натяжения на необходимую величину спицы с упорной площадкой, под углом – работой шарнирных систем.

Затем производят рентгенологический контроль, после которого из подвертельной области в шейку и головку бедренной кости до субхондральной пластинки параллельно друг другу дополнительно вводят не менее четырех диафиксирующих спиц. Наружные концы этих спиц крепят на кронштейне или на опорной балке небольших размеров, закрепленной на проксимальной (дуге) или дистальной (кольцо) опоре аппарата Илизарова.

С целью иллюстрации применения данной компоновки аппарата Илизарова приводим клиническое наблюдение.

Больной Р., 79 лет, пенсионер, поступил на лечение в отделение закрытой травмы РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова 6.03.87 г. с диагнозом: Свежий закрытый оскольчатый чрезвертельный перелом правой бедренной кости (рис. 2).

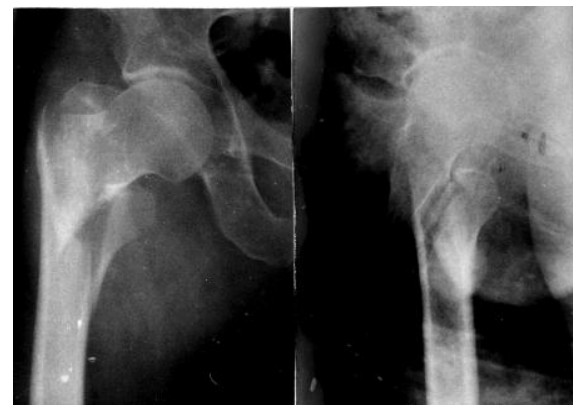


Рис. 2. Рентгенограммы бедра больного Р., 79 лет, при поступлении

Из анамнеза известно, что травма (прямая, бытовая) получена 1.03.87 г. С места получения травмы пострадавший был доставлен в ЦРБ по месту жительства, где ему осуществили рентгенографию бедра и, обнаружив перелом бедренной кости, произвели попытку ручной репози-

ции костных отломков, после чего на травмированную конечность наложили кокситную гипсовую повязку.

Через 3 часа после поступления на лечение в наш Центр под перидуральной анестезией по вышеописанной методике больному был произведен закрытый чрескостный остеосинтез правого бедра аппаратом Илизарова. Репозицию костных отломков закончили на операционном столе (рис. 3).

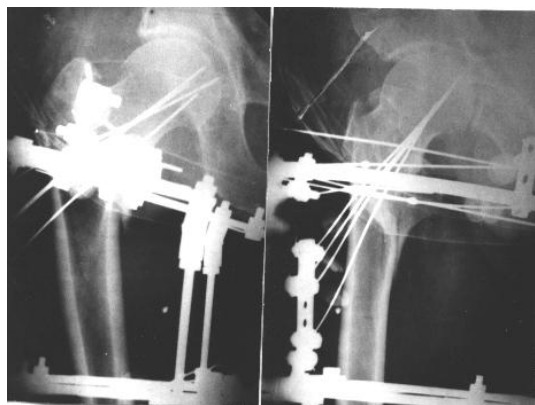


Рис. 3. Рентгенограммы бедра больного Р., 79 лет, после произведенного чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова

Послеоперационный период протекал без осложнений. С легкой нагрузкой на травмированную конечность пострадавший начал ходить со 2-го дня после наложения на бедро аппарата Илизарова, с полной – с 21-го дня. С 3-го дня он приступил к занятиям ЛФК – к разработке движений в тазобедренном и коленном суставах правой нижней конечности (рис. 4).

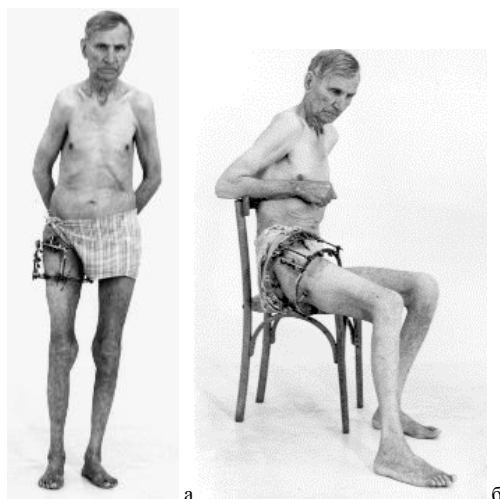


Рис. 4. Больной Р., 79 лет, на 30 день после наложения на бедро аппарата Илизарова

Аппарат Илизарова с бедра сняли на 53 день фиксации – получено сращение костных отломков.

Анатомо-функциональный результат изучили через 6 месяцев после окончания лечения и признали отличным (рис. 5, 6).

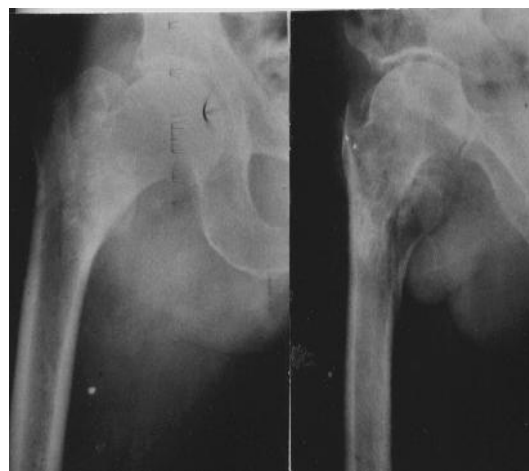


Рис. 5. Рентгенограммы бедра больного Р., 79 лет, через 6 месяцев после окончания лечения (анатомический результат)



Рис. 6. Больной Р., 79 лет, через 6 месяцев после окончания лечения (функциональный результат)

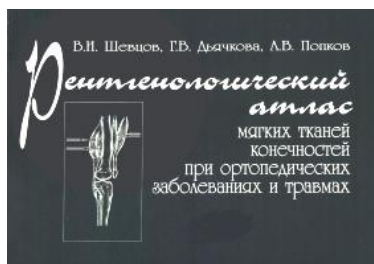
Таким образом, предлагаемая нами компоновка аппарата Илизарова является высокоэффективной при лечении больных с нестабильными переломами бедренной кости вертельной области, так как позволяет закрытым путем произвести точное сопоставление костных отломков, обеспечивает их стабильную фиксацию в течение всего периода лечения и позволяет приступить к ранней и полноценной разработке движений в смежных с поврежденным сегментом суставах. Все вышеперечисленное дает право рекомендовать данную компоновку аппарата Илизарова для более широкого внедрения в практическое здравоохранение при лечении данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акрамов И.Ш. Лечение переломов и ложных суставов проксимального конца бедренной кости: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – Киев, 1982. – 28 с.
2. Горяинова М.Г., Дубров Э.Я., Охотский В.П. Комплексное лечение переломов проксимального конца бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста // Комплексное лечение переломов бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста. – М., 1978. – С. 14 – 17.
3. Зирздиньш В.В. Оперативное лечение переломов бедренной кости фасцикулярным полиостеосинтезом: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – Рига, 1983. – 18 с.
4. Каплан А.В. Травматология пожилого возраста. – М.: Медицина, 1977. – 352 с.
5. Каплан А.В. Достижения и проблемы гериатрической травматологии // Ортопед. травматол. – 1983. – № 2. – С. 11 – 15.
6. Ключевский В.В. Скелетное вытяжение. – Л.: Медицина, 1991. – 160 с.
7. Лирцман В.М., Михайличенко В.В., Лукин В.П. Сравнительная оценка и современные взгляды на лечение переломов бедренной кости у пожилых и старых людей // Ортопед. травматол. – 1990. – № 2. – С. 42 – 46.
8. Судакова А.П., Судаков Д.Ю. О лечении переломов проксимального конца бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста // Ортопед. травматол. – 1991. – № 9. – С. 38 – 40.
9. Юсупов Ф.С., Хабилова Г.Ф., Алтунин В.Р. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости у больных пожилого возраста // Казанский мед. журн. – 1983. – Т. LXIII, № 6. – С. 18 – 20.
10. Свидетельство на полезную модель № 12345 РФ, МПК⁷ А 61 В 17/60. Устройство для остеосинтеза / Ю.М. Сысенко, А.В. Каминский (РФ). – Заявка № 99109153/20; Заявл. 5.05.99; РНЦ "ВТО" им. акад. Г.А. Илизарова (РФ); Оpubл. 10.01.2000, Бюл. № 1.

Рукопись поступила 31.03.2000.

Предлагаем вашему вниманию



В.И. Шевцов, Г.В. Дьячкова, А.В. Попков

Ðāíòãáíîëîä÷ãñêê àòèàñ ìÿãêèõ
òèàìàé êîíà÷îñòèíîäé ìðè
îðòîïèäèçìèíîä÷ãñêèõ ÷àáîëåâàíèé
è òðàìàòî

М.: Медицина, 1999. - 96 с.: ил. - ISBN5-225-02759-8

В атласе дано экспериментальное обоснование рентгеноконтрастного исследования мышц, подкожной клетчатки и сухожилий, приведены клинично-рентгенологическая характеристика патологических процессов в мягких тканях, рентгеноморфологические параллели изменений мышц при удлинении конечностей, описана рентгенологическая картина мягких тканей при повреждениях, различной ортопедической патологии (укорочения конечностей, аномалии развития, заболевания тазобедренного сустава и т.д.) и лечении методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову. В атласе впервые представлены данные по рентгеноконтрастной диагностике состояния мягких тканей.

Атлас предназначен для рентгенологов, ортопедов-травматологов, хирургов, студентов.