

Результат лечения больного с тройным переломом бедренной кости

И.И. Мартель, А.Г. Карасев, А.П. Бажитов

Result of treatment in a patient with triple fracture of femur

I.I. Martel, A.G. Karasiov, A.P. Bazhitov

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)

Сложность лечения больных с множественными переломами нижних конечностей обусловлена не только тяжестью повреждений костей и мягких тканей, но и трудностью репозиции переломов традиционными методами, о чем свидетельствуют неудовлетворительные результаты, достигающие 75% [1, 2]. Несращение на одном или нескольких уровнях с образованием ложного сустава достигают 45% [3, 4, 5].

Основная причина несращений и ложных суставов — невозможность создания точной репозиции костных отломков при свежих повреждениях и постепенной репозиции костных фрагментов при неправильно срастающихся переломах. Эти задачи успешно решаются при использовании аппарата Илизарова.

Для иллюстрации приводим клинический пример. Больной Л., 28 лет, (арх. № 34742) поступил на лечение в клинику через 40 дней после травмы с неправильно срастающимся двойным оскольчатым переломом диафиза, базальным перелом шейки бедренной кости и гранулирующей раной левой паховой области.

Из анамнеза — травма производственная (02.04.99 г.), упал с высоты 18 метров. Через 30 минут в состоянии травматического шока II степени бригадой скорой помощи был доставлен в травматологическое отделение больницы г. Кургана, где выявлены двойной перелом диафиза левого бедра и обширная рваная рана верхней трети левого бедра в паховой области с повреждением мышц и большой подкожной вены.

Одновременно с противошоковыми мероприятиями в операционной проведена первичная хирургическая обработка раны бедра с легированием большой подкожной вены, больной уложен на скелетное вытяжение за мышечки левого бедра грузом 10 кг.

Ввиду неэффективности достижения репозиции скелетным вытяжением, через 40 дней после травмы переведен в клинику Центра.

При поступлении общее состояние удовле-

творительное, гемодинамические показатели стабильные. Со стороны внутренних органов — без патологии, левая нижняя конечность фиксирована гипсовой повязкой типа коксит. Расстройств периферического кровообращения и иннервации не выявлено.

Клинически определяется укорочение конечности на 4 см., патологическая подвижность в нижней трети и верхней трети бедра во всех плоскостях.

Рентгенологически определяется двойной перелом бедренной кости на границе верхней и нижней третей диафиза со смещением отломков на уровне верхнего перелома на $\frac{3}{4}$ диаметра кпереди кнутри, по длине на 3 см. и углом 20° , в области дистального перелома — полное смещение по ширине, длине 1 см. и рекурвацией 25° , а также базальный перелом шейки бедра без смещения (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограммы больного при поступлении.

После клинико-рентгенологического обследования 12.05.99 г. под эпидуральной анестезией выполнен закрытый остеосинтез бедра с целью постепенной репозиции отломков и достижения целостности бедренной кости аппаратом

Илизарова из 2-х дуг и 3-х колец. Перелом шейки бедра диафизирован девятью спицами.

Послеоперационное течение без особенностей. На второй день начато устранение смещения отломков по длине на уровне проксимального и дистального переломов по 1 мм в сутки за 4 приема и одновременно устранение угловой деформации в области дистального перелома с помощью шарниров. Репозиция дистального перелома продолжалась 11 дней, проксимального - 39 (рис. 2).

В последующем осуществляли поддерживающую компрессию фрагментов с целью стимуляции остеогенеза. Удаление спиц из шейки начато на 55 день и проводилось постепенно, по 1,0 мм в сутки. По истечении 3-х месяцев после репозиции костных отломков, с учетом клинических и рентгенологических данных, с целью воспитания полноценного костного регенерата, производилось постепенное удаление спиц и демонтаж аппарата.

На основании данных рентгенограмм и срока фиксации через 6 месяцев была проведена клиническая проба на консолидацию перелома: подвижности на стыке отломков не выявлено. Аппарат снят. Дополнительной иммобилизации не проводили. Срок нетрудоспособности составил 235 дней.



Рис. 2. Рентгенограммы и фото больного в процессе лечения.

На контрольном осмотре через 2,5 года больной жалоб не предъявляет, ось бедра правильная, отека нет, движения в смежных суставах в полном объеме мышечной силой 4-5 баллов (рис. 3).

Таким образом, аппарат Илизарова позволяет производить закрытую постепенную репозицию отломков при неправильно срастающихся переломах на нескольких уровнях и тем самым обеспечить оптимальные условия одновременного сращения всех переломов.

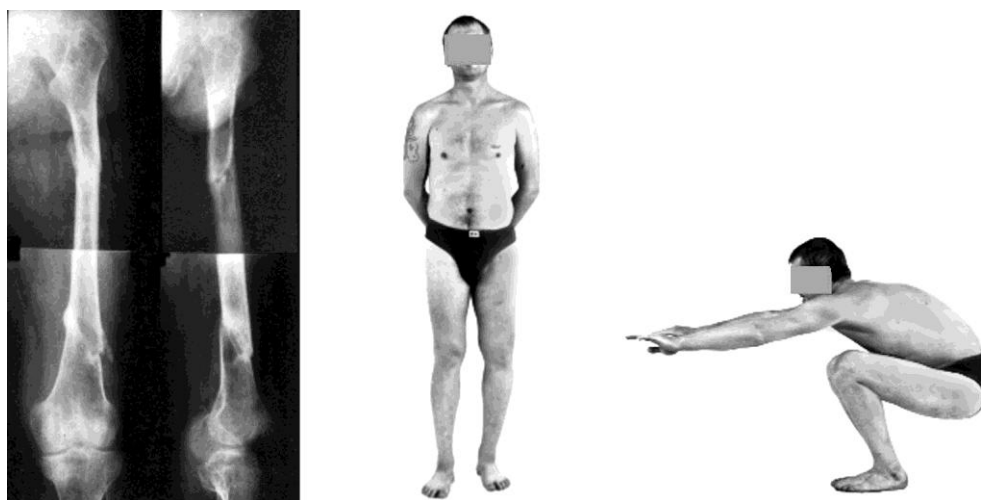


Рис. 3. Рентгенограммы и фото больного через 2,5 года после травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бецишор В.К. Особенности течения и лечения множественных переломов костей конечностей и их последствий: (клинико-эксперимент. исслед.): Автореферат. дис... д-ра мед. наук. - М., 1988. - 33 с.
2. Бондаренко Н.С. Множественные переломы конечностей и особенности их лечения // Ортопед., травматол. - 1980. - №3. - С.61-67.
3. Ибрахимов Г.И. Внутрикостная фиксация металлическим стержнем при множественных переломах длинных трубчатых костей // Мед. жур. 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 двойных переломах большеберцовой кости // Труды Всероссийского съезда травматологов-ортопедов. - Л., 1977. - С. 86-87.

Рукопись поступила 01.02.02.