

РЕТРОГРАДНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ БЕДРЕННОЙ И ПЛЕЧЕВОЙ КОСТЕЙ

Джоджуа А.В.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

УДК 616.71-001.5-089.84:616.717.4/718.4

Резюме

В связи с частыми переломами бедренной кости, а в частности дистального ее конца, лечение этих пациентов остается актуальной проблемой. Нами оперировано 32 пациента с дистальным переломом бедренной кости и 16 пациентов с переломом дистального конца плечевой кости. Всем пациентам произведен остеосинтез ретроградным штифтом. Разработаны показания и противопоказания для ретроградного остеосинтеза переломов бедренной и плечевой костей. Практически во всех случаях наступило сращение переломов, с хорошим функциональным результатом, остальные пациенты в наблюдении.

Ключевые слова: Перелом бедра. Перелом плеча. Блокируемый остеосинтез.

Лечение диафизарных переломов крупных трубчатых костей остается актуальной проблемой. По данным разных авторов, а также по нашей статистике переломы диафиза бедра составляют до 15% всех переломов скелета. Из них до 42% это переломы дистального конца бедренной кости, оперативное лечение которых в настоящее время остается актуальной проблемой.

При обследовании пациентов, оперированных нами по поводу дистальных переломов бедра, мы обнаружили наибольшее число осложнений в виде нестабильного остеосинтеза при фиксации отломков пластинами различной конфигурации (рис. 1).

RETROGRADE OSTEOSYNTHESIS OF THE FEMUR AND HUMERUS

A.V. Jojua

In view of the high incidence of femoral fractures, in particular distal femur fractures, treatment of such patients remains an important problem. We have carried out surgery in 32 patients with distal femur fractures and 16 patients with distal humerus fractures. All these patients received osteosynthesis with a retrograde rod. Indications and contraindications for retrograde osteosynthesis of femur and humerus fractures were developed. Virtually all fractures healed, with a good functional result, while a few patients with no bone union yet are still under observation.

Keywords: Femur fracture. Humerus fracture. Block osteosynthesis.

При фиксации отломков антеградным штифтом возможно угловое смещение из-за сложности централизованного введения штифта в дистальный отломок (рис. 2).

Для оперативного лечения дистальных переломов бедра мы стали применять блокируемые штифты с ретроградным введением.

Показанием для применения ретроградных штифтов мы считаем:

- дистальные переломы бедра,
- односторонние переломы бедра и голени,
- избыточная масса тела, при которой затруднен доступ для антеградного введения штифта в надвертельную зону.



Рис. 1.

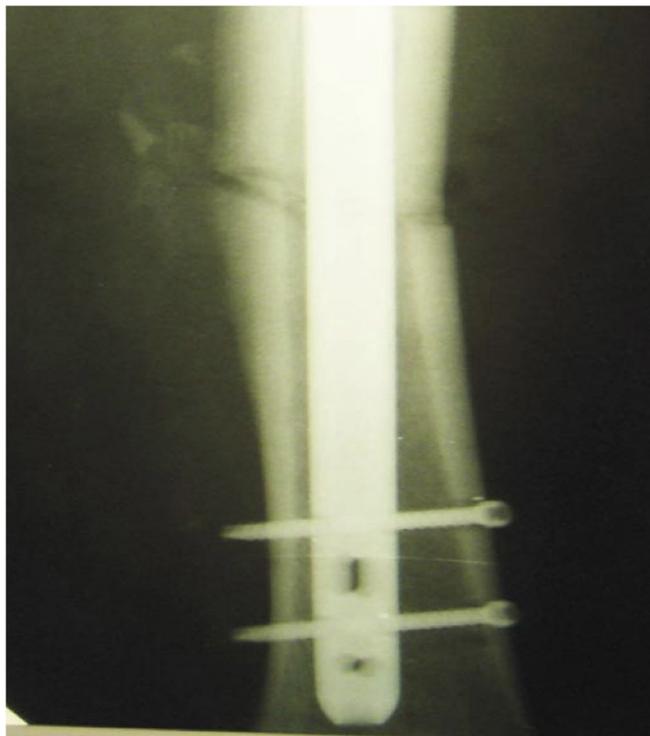


Рис. 2.

Преимущества метода:

– создание управляемого дистального рычага, что обеспечивает центрированное введение штифта в дистальный отломок и исключает угловое смещение.

– равномерное распределение стрессовых нагрузок на металлоконструкцию,

– метод позволяет не вскрывать место перелома и не вызывает дополнительную травматизацию м/тканей и кости.

Однако у метода имеются свои недостатки. Такие как вскрытие полости коленного сустава и повреждение хряща в межмышцелковой ямке.

Нами обследованы 32 пациента, которым произведен остеосинтез бедра ретроградным штифтом. В основном это пациенты среднего и молодого возраста. По тяжести травмы большинство из них с изолированным переломом бедра и переломами нескольких сегментов. 5 пациентов оперировано по поводу ложного сустава.

При ретроградном введении штифта могут быть трудности. Чтобы их избежать необходимо точное соблюдение технологии метода:

– укладка больного на операционный стол на спине с согнутым на 110° коленным суставом,

– место введения штифта в межмышцелковой ямке на 5 мм кпереди от дуги, по внутреннему краю собственной связки надколенника.

Среди оперированных больных был пациент с переломом дистального конца бедра с деформацией бедренной кости после неправильно сросшегося перелома (рис. 3). 18 пациентов имели оскольчатый перелом нижней трети бедренной кости.

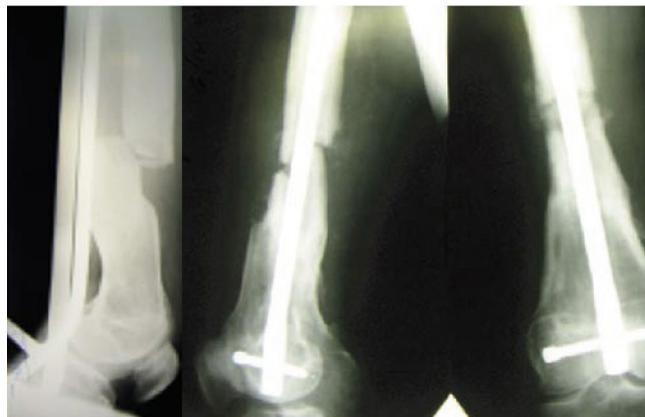


Рис. 3.

Проводили одномоментный остеосинтез бедра ретроградным штифтом и голени антеградным штифтом.

Преимущество метода – введение штифтов из одного разреза.

Нами разработана тактика ведения пациентов с открытым переломом бедра или голени. При поступлении таким пациентам производим фиксацию перелома в аппаратах внешней фиксации. После заживления раны и санации кожных покровов производили окончательный остеосинтез блокируемым штифтом.

В результате наших исследований после ретроградного остеосинтеза бедра в раннем послеоперационном периоде наблюдали осложнение в виде умеренного гемартроза, не нуждающегося в пункции. Гнойно-воспалительных осложнений не наблюдали.

Одно из частых повреждений скелета является перелом плечевой кости. Среди хирургов не существует единого мнения о тактике лечения этих переломов. Каждый из методов имеет право на существование, свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки.

Остеосинтез плеча пластинами сопровождается дополнительной травматизацией мягких тканей особенно при переломах на большом протяжении, нередки случаи интраоперационного повреждения лучевого нерва.

При использовании блокируемого антеградного штифта возможно повреждение суставного хряща головки плеча или сухожилия длинной головки двуглавой мышцы. При неполном погружении штифта происходит конфликт между концом штифта и акромионом. Бывают случаи повреждения аксиллярного нерва.

При переломах плеча операцией выбора мы считаем остеосинтез плеча ретроградным блокируемым штифтом. Метод имеет свои недостатки, основной – это при нарушении технологии операции мышцелковые и надмышцелковые переломы плеча при введении штифта. Чтобы избежать осложнения нужно соблюдать технологию остеосинтеза. Штифт вводится в отверстие сделанном на 2,5 см выше края локтевой ямки. Ширина отверстия и

канал должны строго соответствовать ширине штифта. Гвоздь должен свободно входить, а не забиваться.

Нами оперировано 16 пациентов с переломами плечевой кости разной локализации (рис. 4).



Рис. 4.

Из ранних осложнений в п/о периоде хотим отметить ограничение движения в локтевом суставе. Гнойно-воспалительных осложнений не наблюдали.

У 11 больных наступило срастание перелома, с хорошим функциональным результатом, остальные в наблюдении.

В результате наших исследований мы пришли к выводу, что фиксация переломов дистального конца длинных трубчатых костей ретроградными блокируемыми штифтами является оптимальным и адекватным методом оперативного лечения.

Литература

1. Кузьменко В.В., Гиршин С.Г., Литвина Е.А. Спорные вопросы в проблеме выбора тактики при множественных переломах и тяжелых сочетанных повреждениях // Том 108. М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 1997. 218 с.
2. Лебедев В.В., Крылов В.В., Охотский В.П. и др. Классификация и хирургическое лечение черепно-мозговой травмы, сочетанной с травмой конечностей. – М., 1998.
3. Соколов В.А., Иванов П.А., Бялик Е.И. и др. Замена внешней фиксации на интрамедуллярный блокируемый штифт при открытых переломах длинных костей у пострадавших с политравмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2007. – № 1.
4. Jenny JY, Jenny G, Gaudias J, Kempf I. Risk of infection in centro-medullary locking nailing of open fractures of the femur and tibia // Acta Orthop Belg. – 1995. – Vol. 61, Suppl. 1. – P. 212.
5. Klein M., Rahn B.A., Frigg R., et al. Die Blutzirkulation nach Marknagelung ohne Aufbohren // Proceedings of the Osteosynthese International. Gerhard Kuentscher Kreis, Vienna, Austria, 16–18 Mar 1989.