

рывая скелетное вытяжение, выполнена операция перкутантный остеосинтез 4 спицами (рис 2 Б). Спицы удалены через 3 месяцев (рис 2 С). Наружная иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой на 1,5 месяцев. После пре

кращения иммобилизации назначена лечебная гимнастика, массаж. Спустя 2 месяцев разрешена ходьба на костылях, не нагружая поврежденную конечность, еще на 2 месяцев.

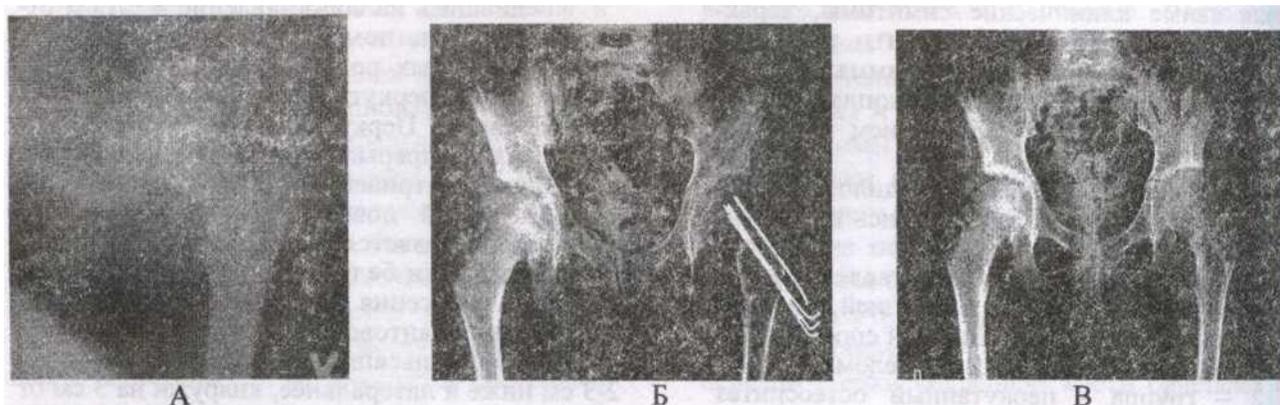


Рис 2. Фото рентгеновских снимков таза больной Э.М.

Таким образом, предложенный способ закрытый перкутантный остеосинтез переломов шейки бедра предусматривает репозиции костных отломков на скелетном вытяжении,

проведении чрескожно тонких фиксаторов (спиц), которые являются атравматичными, шадящие детской кости, зоны роста, эпифиза бедра

Литература

1. Розинов В.М., Яндиев С.И, Буркин И.А., Закрытый интрамедуллярный остеосинтез в системе хирургического лечения детей с диафизарными переломами бедренной кости // Вестник травматологии и ортопедии 2000 № 1 60-62 стр. 2. Краснов А.И., Травма тазобедренного сустава у детей. // http://www.tumer.ru/tzb_trau.html 2012г. 3. Турсунов Б.С., Золотова Н.Н., Турсунов Н.Б., Переломы шейки бедренной кости у детей. // Актуальные вопросы травматологии и артрологии Андижан 2013г. 460-461 стр. 4. Уринбоев П.У. Лечение переломов шейки бедренной кости у детей перкутантным остеосинтезом // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии Ташкент 2012 г. 496-497стр. 5. James V. Hunter. "The principles of elastic stable intramedullary nailing in children. // Injury. 2005. Page 20-24.

Уринбаев П. У.,
Тураев Б. Т.,
Уринбаев И.П.,
Яркулов З.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Актуальность проблемы. Одним из важных вопросов современной травматологии являются лечение и профилактика последствий переломов проксимального конца бедренной кости. Среди длинных костей самая прочная - бедренная. Переломы бедренной кости составляет 6,5-10,5% от общего количества переломов костей [5]. Переломы проксимального конца бедренной кости составляют от 6 до 18% от всех переломов бедренной кости [1, 10].

Несмотря на успехи современной медицины результаты лечения вертельных и подвертельных переломов бедренной кости, по литературным данным не всегда утешительные; после операции остеосинтеза металлическими пластинами инфекционное осложнение наблюдалось у 7%, поломка пластины в 10% случаях; также имеются сообщения о медленном сращении - 15%, рефрактуре в 3% случаях, укорочение более 1,0 см у 9% [2, 4].

Литературные данные свидетельствуют о наличии разногласии в именовании межвертельных, черезвертельных переломов. В одной классификации межвертельными названы переломы с линией излома, которая проходит латеральнее от интермедиарного трансцервикального перелома [8]. В классификации придерживавшейся А.В. Каплан [3] переломы с идентичной локализацией названы базальными переломами шейки бедра, а более латерально локализованные - межвертельными. Но в данной классификации не описан перелом с линией излома на уровне малого вертела. Переломы на уровне малого вертела по классификации АО/ASIF [6] названы межвертельными. Применение нами интрамедуллярного остеосинтеза и блокирующего остеосинтеза межвертельных переломов базировалось на классификации АО (Рис.1).

Классический подход к лечению вертельных переломов на скелетном вытяжении в настоящее время имеет мало сторонников.

Современным наилучшим методом лечения переломов проксимального отдела бедренной кости считается оперативное вмешательство, М.Е. Мюллер [6] осуществлял остеосинтез DCS - пластиной, С.С. Ткаченко (1987 г.) - трехлопастным гвоздём с кронштейном и трехлопастными гвоздём с боковой накладкой; при подвертельных переломах рекомендуется применение штопора К.М. Сива

Пациенты и методы. Наше сообщение основано на

механическую плотность костных отломков, на костный остеосинтез пластинами и штифтами по типу блокирующего остеосинтеза является более травматичным а время операции более длительным.

Считаем уместным заметить, что недостаточно освещены в литературе вопросы о показаниях к применению того или другого фиксатора в свете всемирно принятой классификации АО /ASIF переломов проксимального конца бедренной кости.

ции основанием служил наш взгляд на прочное укрепление места перелома введённым фиксатором опираясь на образованный узкий канал в проксимальном отломке

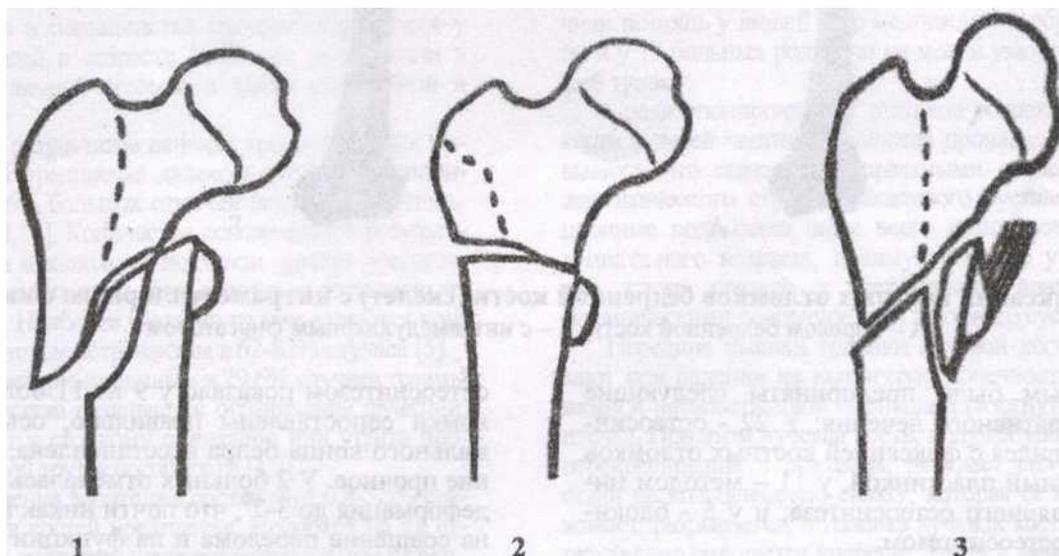


Рис.1. Межвертельный перелом по классификации АО (ASIF).

1 - реверсный, простой; 2 - поперечный простой, 3 - с дополнительным переломом медиального кортикального слоя [6].

анализе методов и результатов хирургического лечения 38 больных, лечившихся по поводу вертельных и подвертельных переломов бедренной кости, за 2008-2012 годы. Возраст больных до 20 лет -1, от 21 до 30 лет - 4, от 31 до 50 лет -13, старше 50 лет - 20 пациентов. Из них 27 - мужчины, и 11 - женщины. По локализации перелома: межвертельные переломы составили 22 (66,6%) больных, из них 16 по классификации АО АЗ перелом вертельной зоны, межвертельный, 6 - перелом вертельной зоны, чрезвертельный оскольчатый; подвертельные переломы у 11 (33,4%) больных.

В настоящем сообщении мы приводим описание результатов оперативного лечения с применением «Г» образной пластинки, интрамедуллярного фиксатора с блокируемым остеосинтезом у 38 больных.

Среди фиксаторов наиболее простым, нам представляется, применение Г-образной пластинки, вместе с тем, при выполнении операции от хирурга требуется надлежащий опыт, владение техникой проведения фиксаторов точно через центр шейки в сторону головки бедра, учёт физиологических угловых изгибов и ротации проксимального отдела бедра, параллельное уложение диафизарной ножки фиксатора к диафизу бедра.

Теоретически изучив анатомию проксимального отдела бедра, осмыслив точки укрепления примененного фиксатора при вертельных переломах с линией излома на уровне малого вертела, мы начали применять интрамедуллярной остеосинтез.

Для применения подобной выполненной операши. Обеспечивая хороший контакт и высокую

(метафизе) и на суженном участке костномозгового канала в области диафиза бедренной кости. (Рис.2).

Выполненная нами методика открытой репозиции с фиксацией интрамедуллярным штифтом вертельных переломов бедренной кости представляется технически более простым по сравнению с другими, при ее применении отмечалась стабильная фиксация отломков. Так же, по нашему мнению, близость сустава к месту перелома следует понимать благоприятствующим фактором в пользу стабильности скреплённых отломков, так как при возможных движениях ноги короткий центральный отломок находится «во власти» периферического отломка.

Как показывает клинический опыт, имеется особенность при ретроградном проведении интрамедуллярного фиксатора через проксимальный отломок.

Предстоит задача проводить фиксатора в центральном расположении. Для этого мы учитываем часть костной стенки, где метафиз перешёл в диафиз, найдём центр поверхности излома, и проводим в начале направляющий, затем собственно металлический стержень. Эксцентричное проведение фиксатора через проксимальной отломок способствует репози-

ции и удержанию костных отломков с угловой деформацией. Поэтому следует обратить внимание на данный момент операции.

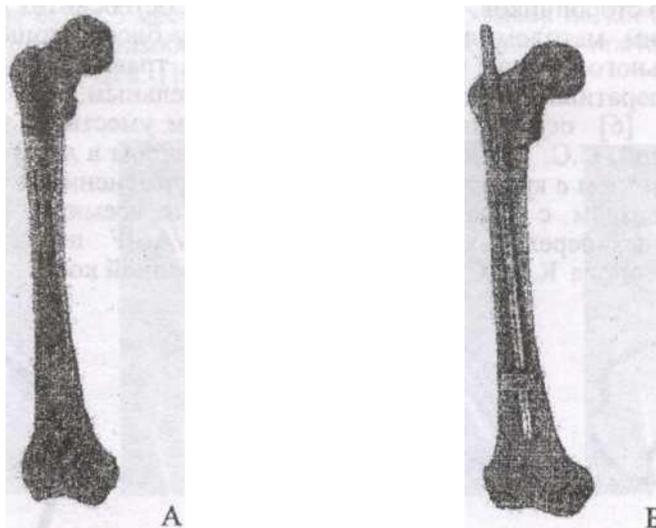


Рис.2. Фиксация костных отломков бедренной кости (скелет) с интрамедуллярным фиксатором
А - перелом бедренной кости, Б - с интрамедуллярным фиксатором

Больным были предприняты следующие виды оперативного лечения: у 22 - остеосинтез проводился с фиксацией костных отломков «Г» образной пластиной, у 11 - методом интрамедуллярного остеосинтеза, и у 5 - блокирующим остеосинтезом.

Применение интрамедуллярного остеосинтеза нами при межвертельных переломах бедра (переломы на уровне малого вертела) имело основания для размышлений, о том что, короткий, подвижный (из-за близости сустава) проксимальный отломок можно фиксировать к дистальному отломку, прочность фиксации будет обеспечиваться интрамедуллярным фиксатором благодаря тесному каналу в метафизе проксимального конца и суженного участка костномозгового канала диафиза бедра.

Результаты лечения. Изучение непосредственных результатов показало, что у 19 из 22 больных шейная часть «Г» образного фиксатора проводился через центр шейки бедра, отломки сопоставлены правильно, восстановлены физиологические углы проксимального отдела бедренной кости. У 3 больных шейная часть фиксатора проводился эксцентрично, но с правильным сопоставлением костных отломков, и дальнейшее сращение перелома благоприятное.

Изучение непосредственных результатов оперативного лечения интрамедуллярным

остеосинтезом показало у 9 из 11 больных отломки сопоставлены правильно, ось проксимального конца бедра восстановлена, скрепление прочное. У 2 больных отмечалась варусная деформация до 3-7°, что почти никак не влияло на сращение перелома и на функции конечности.

Заключение. У больных с вертельными переломами с поперечной линией излома, когда линия излома проходит на уровне по верхней границе малого вертела и ниже указанной границы возможно получить надёжную фиксацию отломков интрамедуллярным остеосинтезом с успешными результатами. У больных с вертельными переломами с другими линиями излома, известными по описанию в литературе [3] остеосинтез «Г» образными фиксаторами обеспечивает хорошие результаты.

Наш небольшой опыт показывает возможности лечения вертельных переломов с линией излома на уровне (и около уровня) верхней границы малого вертела интрамедуллярным остеосинтезом. Операция по сравнению с другими технически простая и не продолжительная, малотравматичная.

Применение блокируемого остеосинтеза позволило проводить лечение без наружной иммобилизации и с ранней активизацией больных.

Литература

1. Алибеков М.Н. Хирургическое лечение больных с вертельными переломами бедренной кости. Автореф. - Канд. дисс. - Т. - 2001 г. 2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Стандартная травматология. Киев. - 2005 г. 3. Каллан А.В. Повреждения костей и суставов. 3-е - изд. Перераб. - и доп. - М. Медицина. - 1978. 4. Крупко И.Л. Руководства по травматологии и ортопедии. Л. - 1975 г. - стр. 135-136. 5. Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Ханин М.Ю., Минасов Т.Б. Центр-Азиат. - Мед. Журнал. - 2009 г. - Стр. 306-308. 6. Мюллер М.Е., Альговер М., Шнейдер Р., Вилленгер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу Ad Marginem. Москва. - 1996 г. - стр. 528-535. 7. Травматология и ортопедия. Учебник. Под ред. - Н.В. Корнилова. - М. 2011. 8. Чернавский В.А. Переломы верхнего отдела бедренной кости. // Руководство по ортопедии и травматологии. М. - 1968. - Стр. 590-620. 9. Юмашев Г.С., Виноградов Е.В., Курбанов Н.М., Черкашена З.А., Справочник по травматологии. - Ташкент. - 1989. - Стр 39. 10. Юрьян О.И., Мелцер К.И., Ижиков Ю.А., Козлов А.А. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1997 г. - №4 - стр. 129-130.