

УДК 616.71-001.5-08

Н.П. Мартыненко

КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО И ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Аннотация

В статье приводятся результаты лечения 23 пациентов с переломами проксимального и дистального метадиафиза большеберцовой кости, которым выполнялся блокирующий интрамедуллярный остеосинтез. У всех получен положительный клинический эффект.

Ключевые слова: переломы большеберцовой кости, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, результаты лечения.

Актуальность проблемы.

Переломы костей голени встречаются с частотой от 20% до 37,3% в структуре переломов всех локализаций и составляют до 60% переломов трубчатых костей. Околосуставные встречаются еще чаще и составляют более 50% переломов костей голени [3, 4].

Интрамедуллярный остеосинтез стал «золотым стандартом» для большинства диафизарных переломов большеберцовой кости, благодаря высокой стабильности остеосинтеза и незначительным объемом повреждения мягких тканей [7, 8]. Однако методы лечения переломов дистального отдела большеберцовой кости остаются дискуссионными. Неудовлетворительные результаты лечения достигают 40–60 % и являются причиной инвалидизации в 4,3–17,8 % [6]. Учитывая молодой возраст пациентов (от 18 до 56 лет), улучшение результатов лечения при данных повреждениях является актуальной медицинской и социальной задачей [1, 5]. Дистальный отдел большеберцовой кости является областью с «уязвимыми» мягкоткаными покровами, в связи с чем, имеется высокий риск повреждения мягких тканей и гнойно-воспалительных осложнений при выборе метода открытой репозиции и накостной фиксации. При погружном накостном остеосинтезе большеберцовой кости вероятность развития осложнений (нагноение, тромбоз, флебит, несращения, краевые некрозы, остеомиелит, венозная недостаточность, трофические нарушения и т.д.) достигает 75% [2]. Таким образом, состояние мягких тканей в области перелома определяет время проведения оперативного вмешательства, его метод и объем.

Цель исследования: эффективность результатов блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза в лечении внесуставных переломов большеберцовой кости.

Материалы и методы

Проанализированы функциональные и анатомические результаты лечения пострадавших с 2010 по 2013 годы. Под наблюдением находилось 23 пациентов (13 женщин и 10 мужчин), средний возраст составил 41,5 лет (от 17 до 59 лет). В подавляющем большинстве случаев - 19 (82,6%) - имел место прямой механизм травмы; не прямой - 4 (21%) случаев. У 4 (17,4%) пациентов имелись сочетанные и множественные повреждения. Все переломы были закрытыми.

Результаты и обсуждение

Большинство операций было выполнено в период от 2 до 5 сут. с момента травмы. При поступлении в клинику всем больным с переломами голени накладывалось скелетное вытяжение с соответствующим грузом по оси для устранения избыточного смещения фрагментов по длине в предоперационном периоде. Всем пострадавшим проводилось необходимое клинико-лабораторное обследование, консультации смежных специалистов, коррекция лечения сопутствующих повреждений и их осложнений. Операции при переломах большеберцовой кости - блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) переломов метадиафизарной зоны большеберцовой кости, выполнялись во всех случаях под спинальной анестезией. По закрытой методике, без обнажения зоны перелома, прооперировано 8 (34,8 %) пациентов, в 15 (65,2 %) случаях произведена открытая репозиция фрагментов перелома (тип А2–3). У 18 (78,3 %) пациентов остеосинтез осуществлен с предварительным рассверливанием костномозгового канала. Обязательно применялось активное дренирование послеоперационной раны. У всех пациентов в послеоперационном периоде проводили эластическое бинтование конечности. У всех пациентов послеоперационные раны в местах введения стержня и над зоной перелома зажили первичным натяжением. Швы снимались на 10–12-е сутки с момента операции. Больные активизировались на 2-е — 3-и сутки (ходьба на костылях), при отсутствии противопоказаний проводилась активная лечебная физкультура оперированной конечности. Пациенты контролировались рентгенологически каждые 3 месяца с соответствующими индивидуальными рекомендациями по осевой нагрузке.

Удаление имплантатов произведено у 32 пациентов, через 8–14 мес. после операции остеосинтеза, при наличии рентгенологических данных консолидации переломов. На момент удаления имплантатов проводилась оценка анатомо-функциональных результатов по Маттис с балльной оценкой боли, анатомо-рентгенологических данных, трудоспособности, функции суставов. У всех получен хороший клинический результат.

Выводы

Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез эффективен в лечении внесуставных метадиафизарных переломов большеберцовой кости. БИОС обеспечивает раннюю реабилитацию с хорошими анатомо-функциональными результатами у пострадавших.

Литература:

1. Бурьянов А.А., Кваша В.П., Муаяд Мохаммад Аль-Хадж Хусейн. Оптимизация способов лечения переломов дистального эпиметафиза большеберцовой кости // Травма. - 2008. - Т. 9, № 4. - С. 25-29
2. Воронцов, А.В. Посттравматические болезни голени / А.В. Воронцов, В.М. Лебедева // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1980. - Т. 8. - С. 93-97.
3. Дирин, В.А. Выбор метода лечения переломов голени. Выбор метода лечения окколосуставных переломов голени / В.А. Дирин, И.А. Редько, О.В. Шмаль // Современные проблемы травматологии и ортопедии: тезисы. III научно-образовательной конференции травматологов-ортопедов Федерального медико-биологического агентства. - Дубна, 2007. - С. 29-30.
4. Дыдыкин, А.В. Применение интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием у пострадавших с около- и внутрисуставными переломами / А.В. Дыдыкин [и др.] // Современные технологии в

травматологии и ортопедии: тезисы III международного конгресса. Ч. 1. - М., 2006. - С. 65.

5. Литвинов И.И., Ключевский В.В. Накостный малоинвазивный остеосинтез при закрытых переломах нижней трети большеберцовой кости // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2006. — № 1.

6. Селицкий А.В., Кезля О.П. Выбор оптимальной тактики лечения больных со сложными сегментарными (С2) и сложными неправильными (С3) переломами большеберцовой кости // Ars. Medica. — 2010. — № 7(27). — P. 87-90.

7. Bone L.B., Johnson K.D. Treatment of tibial fractures by reaming and intramedullary nailing // J. Bone Joint Surg. - 1986. - Vol.68(A) . - P. 877-877

8. Wyrsch B., McFerran M.A., McAndrew M., Limbird T.J., Harper M.C., Johnson K.D., Schwartz H.S. Operative treatment of fractures of the tibial plafond. A randomized, prospective study // J. bone Joint Surg. - 1996. -Vol.78. - P.1646-1657.

Тұжырым

**ОҚШАУЛАУ ИНТРАМЕДУЛЛЯРЛЫ ОСТЕОСИНТЕЗ ӘДІСІМЕН
АСЫҚТЫ ЖІЛІК СҮЙЕГІНІҢ ДИСТАЛДЫ ЖӘНЕ ПРОКСИМАЛДЫ
МЕТАДИАФИЗДЕРІ СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДІҢ ПРАКТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ**

Н.П. Мартыненко

КММ ШЖК «Экибастуз қалалық ауруханасы»

Мақалада асықты жілік сүйегінің дисталды және проксималды метадиафиздері сынықтарымен, оларға оқшаулау интрамедуллярлы остеосинтез қолданылған 23 науқасты емдеу нәтижелері келтірілген. Барлығында оңды клиникалық әсер алынған.

Негізгі сөздер: асықты жілік сүйегінің сынықтары, оқшаулау интрамедуллярлы остеосинтез, емдеу нәтижелері.

Summary

**PRACTICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT
OF FRACTURES OF THE DISTAL AND PROXIMAL TIBIA METADIAPHYSIS
BY LOCKING INTRAMEDULLARY OSTEOSYNTHESIS**

N.P. Martynenko

City Hospital of Ekibastuz

In article results of treatment of 23 patients with fractures of the proximal and distal tibia metadiaphysis that performs locking intramedullary osteosynthesis. We all received a positive clinical effect.

Key words: tibial fractures, locked intramedullary nailing, treatment results.