

ЭКСТРАКОРТИКАЛЬНАЯ КОМПРЕССИОННАЯ ФИКСАЦИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА ОТЛОМКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Х. С. Рахимкулов

*Курс хирургии детского возраста (зав. — доц. П. Н. Булатов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова и Казанский институт травматологии и ортопедии
(научн. руководитель — проф. Л. И. Шулуто)*

Для остеосинтеза отломков при переломах и псевдоартрозах бедренной кости нами предложен метод экстракортикальной компрессионной фиксации.

Наружным, передне-наружным либо передним разрезом достаточной длины на уровне перелома (псевдоартроза) поднадкостнично (либо из рубцов) выделяют костные отломки на протяжении 4—5 см каждый. При «свежих» закрытых и открытых переломах вначале концы отломков освещают путем удаления сгустков крови, обрывков мышц и мелких костных осколков, а затем производят репозицию их до полной адаптации. Далее к отломкам монтируют компрессионный фиксатор (Х. С. Рахимкулов, 1959—1963), обеспечивающий межфрагментарную компрессию и окончательную прочную фиксацию.

В отличие от «свежих» закрытых и открытых переломов, при ложных суставах, при неправильно сросшихся, неправильно срастающихся и патологических переломах отломки бедренной кости поочередно выделяют из рубцов, выводят в рану и освещают обязательно путем экономного опиления ручной либо электрической пилой с учетом их формы (во избежание укорочения) так, чтобы после репозиции была достигнута отличная кооптация на всем протяжении опиления (излома). Фиксатор оставляют на отломках. Рубцовую ткань (надкостницу) и мышцы зашивают кетгутом поверх фиксатора. На кожную рану накладывают шелковые швы. После окончательной фиксации никаких исправлений оси отломков не производят. На конечность накладывают кокситную гипсовую повязку.

Этот метод применен нами у 21 больного: у 6 с ложным суставом, у 3 с «несвежим» переломом, у 2 с неправильно срастающимся переломом, у 1 с неправильно сросшимся переломом, у 1 с патологическим переломом на почве гематогенного остеомиелита, у 1 с открытым переломом, у 1 со «свежим» переломом и у 6 больных при резекции бедренной кости на протяжении 4—6 см с целью выравнивания длины конечностей.

Из 6 больных с ложным суставом двое подвергались операциям остеосинтеза металлическим стержнем и один — гетеротрансплантатом.

Максимальная давность псевдоартроза была 5 лет.

В возрасте до 10 лет было 2 больных, от 11 до 20 лет — 4, от 21 до 30 лет — 12, от 31 до 40 лет — 3.

У 9 больных оперативное вмешательство произведено на уровне средней трети бедренной кости, у 3 — на границе средней и нижней трети и у 9 — в нижней трети. Таким образом, у 12 больных внутрикостный остеосинтез не был показан ввиду низкой локализации перелома или псевдоартроза (а также уровня резекции).

Во время операции у 9 больных концы отломков были обработаны поперечно, у 4 — косо, у 6 — углообразно. У 2 больных (у одного с Т-образным и у одного с косым направлением поверхности излома) репозиция и остеосинтез сочетались только с удалением сгустков крови, обрывков мышц, мелких костных осколков и рубцовой ткани.

Ни одному больному костную ауто- либо гомопластику мы не производили.

У 3 больных прочное сращение отломков наступило в среднем через 2—3 месяца (у детей), у 9 — через 4—5 месяцев, у 3 — через 5,5—6 месяцев и у 2 — через 10 месяцев. У 1 больного результат операции неизвестен. 2 больных оперированы повторно. Одному из них мы разрешили слишком раннюю нагрузку (через 2 недели). Второй больной вскоре после операции упал и полностью нарушил фиксацию фрагментов. У этих больных после повторных операций наступило сращение отломков.

Особенно трудную группу составили больные, у которых была произведена резекция бедренной кости. После удаления резецированного отрезка обычно образуется значительный дефект на протяжении, и перед хирургом возникает трудная задача сближения концов оставшихся фрагментов и создания прочной неподвижной фиксации. В таких случаях оптимальные условия фиксации могут обеспечить только компрессионные аппараты и фиксаторы.

Опыт применения нашего метода показывает, что при несросшихся переломах и ложных суставах условия для быстрой консолидации можно создать только хо-

рошей подгонкой и кооптацией отломков, обеспечиваемой компрессионным фиксатором.

Подбор больных, у которых показана операция компрессионного остеосинтеза по нашей методике, технически правильное выполнение самой операции и продуманное послеоперационное ведение больных до полной консолидации отломков являются залогом успешного исхода.

Мы пришли к убеждению, что нагрузку на оперированную конечность следует разрешать только при наличии достаточно прочного сращения, подтвержденного рентгенологически.

ЛИТЕРАТУРА

Рахимкулов Х. С. Вестн. хир., 1959, 11; Казанский мед. ж., 1961, 2; Тр. II съезда хирургов РСФСР, Саратов, 1963.

УДК 616.718.11—002.5—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОЧАГОВ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ТЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

В. Н. Воробьев

Кафедра хирургического туберкулеза (зав. — проф. Б. Н. Постников, консультант — проф. П. Г. Корнеев) Ленинградского ордена Ленина ГИДУВа им. С. М. Кирова

В настоящее время вопрос о необходимости оперативного лечения туберкулезных очагов в костях тазобедренного сустава не встречает серьезных возражений. Широкое применение туберкулостатических препаратов дало возможность достичь большого успеха в лечении очаговых туберкулезных поражений. Так, по данным составленной нами сводной статистики опыта отечественных и зарубежных авторов, санаторно-ортопедическое лечение очагов в костях, образующих тазобедренный сустав, без применения антибактериальных препаратов давало затихание процесса в среднем в 26,4%, а с применением туберкулостатических препаратов — в 88,75%.

Литературные данные, архивный материал Ленинградского института хирургического туберкулеза, а также собственные наблюдения убеждают нас, что радикально-профилактическая некрэктомия показана, если в течение 4—6 месяцев санаторно-ортопедического и антибактериального лечения рентгенологически не отмечается репаративного процесса в очаге, если очаг при своем развитии начинает угрожать переходом на сустав и если в очаге на рентгенограмме обнаруживается костный секвестр или обызвестленные казеозные массы.

Точное определение локализации очага имеет для хирурга большое значение, ибо во время операции ему предстоит кратчайшим путем подойти к очагу, трепанировать кость и произвести некрэктомию. Чтобы получить представление о топографии очага в теле подвздошной кости, необходимо произвести две рентгенограммы: 1) прямую в передне-задней проекции и 2) в косой. По методике Ф. Ф. Сивенко и Я. Б. Куценка (1960) пространственная локализация очага в теле подвздошной кости на вышеуказанных снимках определяется при помощи специально сконструированного лекала или линейки.

Томография при определении локализации туберкулезных поражений в костях тазобедренного сустава играет исключительную роль. Желательно у всех больных с очаговыми поражениями перед оперативным вмешательством проводить это исследование.

Наибольшие трудности представляет удаление туберкулезных очагов из задних отделов костей, образующих тазобедренный сустав, а именно из тела подвздошной и седалищной костей.

В доступной литературе мы не нашли описания оперативных доступов, непосредственно предложенных для подхода к задним отделам тела подвздошной и седалищной костей. Хирурги для этой цели используют или приспособливают различные доступы, предложенные для вскрытия тазобедренного сустава и операций на нем, вследствие чего нередко подход к очагу поражения оказывается слишком травматичным — с пересечением или отделением от мест прикрепления большого количества мышц.

Мы искали наиболее рациональные оперативные доступы к очагам, располагающимся в заднем отделе тела подвздошной и верхнем отделе седалищной костей.