

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЕМЫХ ФИКСАТОРОВ ДЛЯ СИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

А. А. Могилевский, А. В. Ткач, Э. М. Калафатов, Д. Л. Марчук

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского» ГКБ
СМП №6, г. Симферополь

Применения блокируемые фиксаторы с 2008г. у 161 пациента, которым имплантировался фиксаторы Блискунова (Украина) – 26 фиксаторов, и ChM (Польша) – 135. Имплантация фиксаторов в 158 случаях (98,1%) проводилась из проксимального метаэпифиза. Лишь в 3 случаях, обусловленных длинной линией излома, доходящей до n/3 сегмента и множественной травмой (переломами диафизов бедренной и большеберцовых костей), синтез бедренной кости осуществлялся со стороны дистального метаэпифиза. Данная тактика, на наш взгляд, оправдана целью уменьшения травматичности, когда имплантация и синтез обоих сегментов проводится из одного операционного доступа в области коленного сустава. Следующая особенность применения – без первичной костной пластики – достигается путем закрытого проведения репозиции, либо – из минимального доступа для устранения интерпозиции, с последующим сопоставлением костных отломков без их скелетирования. Последнее, на наш взгляд, имеет важное значение, так как выделение фрагментов и осколков кости приводит к их девитализации в результате нарушения кровоснабжения, и процесс репаративной регенерации проходит, в лучшем случае, с замедлением, по типу и срокам, характерным для костной аутопластики. Костная аутопластика нами проведена в 8 (4,97%) случаях, показаниями для которой являлась травматическая девитализация костных фрагментов в результате травмы или атрофические ложные суставы. Данные условия являлись также показаниями к проведению рассверливания костномозговой полости с целью увеличения площади контакта фиксатором и увеличения диаметра фиксатора. В данных условиях сращение, как правило, проходит по замедленному пути и фиксатор выполняет функции протеза диафиза в 1,5 – 2 раза дольше среднего срока сращения для данной локализации. Обычно, для синтеза бедра применялись фиксаторы диаметром 10 – 11 мм, большеберцовой кости 9 – 10 мм, плечевой кости 8 – 9 мм. Увеличение диаметров проходило на 1 – 2 мм.

При наличии поперечного перелома (52 случая – 32,3%) считаем оправданным проведение компрессионного синтеза, позволяющего начинать движения в суставах оперированной конечности на следующие сутки: при отсутствии сопутствующей патологии – обучение ходьбе при помощи костылей – на 3 – 5 сутки. Также при данном виде синтеза блокирование проксимального фрагмента проходит через овальное отверстие, имеющее запас для движения проксимального блокируемого винта и после компрессии. Данное обстоятельство позволяет проводить, в последующем динамизацию фиксатора, путем удаления блокируемых винтов.

Проводя итоговый анализ, отмечаем, что раннее проведение остеосинтеза и последующая активизация пациента, позволили избежать осложнений. Следующее заключение – данная тактика позволяет вести профилактику такого грозного осложнения, как компартмент-синдром (МГИС): в наших наблюдениях не отмечалось ни одного случая в послеоперационном периоде, требующего проведения фасциотомии, с последующим необходимым длительным лечением. При том, в дооперационном периоде отмечалось 17 случаев (10,55%), требующих консервативного лечения. контрактуры смежных суставов наблюдались у пациентов в 16 случаях – 9,93%, что требовало назначения физиотерапевтического или санаторно-курортного лечения. К контрольному осмотру через 1 год после проведения металлоостеосинтеза, у всех пациентов движения в смежных суставах были в полном объеме.