



вторичных швов. Метод ВАК терапии был доминирующей, как метод подготовки к кожной пластике, так и к наложению вторичных швов. ВАК система на огнестрельную рану накладывалась от 3 до 5 суток. После очищения раны путём вторичного шва, свободной или несвободной кожной пластики выполнялось закрытие раневого дефекта. Стабилизация огнестрельного перелома стержневыми аппаратами внешней фиксации, осуществляемая на этапе первичной хирургической обработки огнестрельной раны, как правило, была окончательная. Однако в 8 % случаев выполнен накостный или чрескостный остеосинтез по Илизарову. В результате лечения у большинства больных достигнута стабилизации перелома, коррекция деформации и заживление ран.

Выводы. Стержневые аппараты внешней фиксации являются основным методом лечения огнестрельных переломов, они быстро монтируются на поврежденном сегменте с надежной стабилизацией перелома, позволяют осуществлять полноценный уход и лечение огнестрельной раны с использованием ВАК системы, что позволяет сократить сроки лечения огнестрельной раны и снизить вероятность развития инфекционных осложнений.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Лоскутов А.Е., Олейник А.Е., Синегубов Д.А., Губарик А.В.*, Саид И.А.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина
КУ «Областная больница им.И.И.Мечникова

Актуальность. Патология тазобедренного и коленного суставов занимает ведущее место в структуре заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. Социальная значимость этой патологии является основным фактором, который ставит новые задачи перед ортопедией-травматологией. Благодаря значительным успехам в области эндопротезирования, наметился прорыв в решении вопросов медико-социальной реабилитации этой категории пациентов. Эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов являются самыми массовым оперативными вмешательствами в мире. Поэтому помимо проблем, непосредственно связанных с технологией эндопротезирования, наметился круг задач, которые возникают в процессе последующей эксплуатации эндопротезов тазобедренного и коленного суставов. Одна из этих задач связана с переломами бедренной кости, возникающими в результате прямой травмы при имплантированном и нормально функционирующем эндопротезе тазобедренного или коленного суставов.

Цель работы – разработать методы остеосинтеза переломов бедренной кости, возникших в условиях функционирующего эндопротеза тазобедренного или коленного суставов.

Материалы и методы. В период с 2000 по 2014 гг. нами наблюдалось 18 пациентов с переломами бедренной кости, возникших на фоне нормально функционирующего эндопротеза тазобедренного сустава и 7 пациентов после эндопротезирования коленного сустава. В группе больных с эндопротезированием тазобедренного сустава средний возраст пациентов составил 54,3 года. Наблюдалось 6 женщин:

две с цементным, четыре с бесцементным эндопротезированием. Остальные 12 пациентов были мужчины, все с бесцементным эндопротезированием тазобедренного сустава. Среди обстоятельств получения травмы отмечены следующие: автодорожная травма в 7-и случаях, падение с высоты более одного метра в 5-и случаях, падение с высоты до одного метра - 6 случаев, ятрогенный перелом бедра при вправлении травматического вывиха головки эндопротеза – один случай.

В группе больных с эндопротезированием коленного сустава средний возраст пациентов составил 68,2 года. Наблюдалось 6 женщины и 1 мужчина. У всех больных использовался цементный эндопротез. Все переломы возникли в результате падения с высоты собственного тела.

Результаты и обсуждение. Во всех наблюдениях был выполнен металлостеосинтез бедренной кости как безальтернативный метод лечения. Анализ клинического материала в случае тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволил определить следующие основные условия, которые оказывают существенное влияние на возможность выполнения металлостеосинтеза. В механогенезе травмы наличие интрамедуллярной металлоконструкции (ножка эндопротеза) оказывает существенное влияние на характер формирующегося перелома бедренной кости. Так при цементном эндопротезировании наблюдались поперечные переломы диафиза, при низкоэнергетической травме линия перелома проходила на 1-1,5 см ниже костной пробки. В случае высокоэнергетической травмы наблюдались кососпиральные и оскольчатые переломы диафиза. На характер линии перелома оказало влияние изменение качества костной ткани ниже ножки и в области эндопротеза. При бесцементном эндопротезировании наблюдались косые и кососпиральные переломы. У пациента с автодорожной травмой кососпиральный перелом дополнялся выколом фрагмента бедренной кости. Применялся накостный остеосинтез широкими динамическими пластинами с ограниченным контактом в 13 случаях. Использование длинных пластин было обусловлено необходимостью обеспечения стабильности фиксации конструкции в зоне ножки эндопротеза. Введение винтов в зоне ножки эндопротеза выполнялось монокортикально или трансоссально. Косые и кососпиральные переломы дополнялись серкляжными проволочными швами в 5 случаях. При эндопротезировании коленного сустава на выбор металлоконструкции влияет локализация линии перелома по отношению к бедренному компоненту эндопротеза. Во всех клинических случаях для остеосинтеза использовалась дистальная бедренная блокирующая пластина. В раннем послеоперационном периоде пациенты осуществляли пассивные движения в коленном суставе на мотошине. Использование описанной техники металлостеосинтеза позволило во всех клинических случаях получить сращение перелома бедренной кости с восстановлением функции эндопротезированного тазобедренного или коленного суставов. В одном наблюдении сращения бедренной кости после остеосинтеза на фоне эндопротезированного тазобедренного сустава не было достигнуто в связи с переломом пластины. В этом случае был выполнен реosteосинтез, сращение перелома получено.

Выводы. Таким образом, при остеосинтезе переломов бедренной кости на фоне эндопротезирования тазобедренного или коленного суставов, основным критерием выбора металлоконструкции является характер расположения и локализации линии перелома по отношению к элементам конструкции эндопротеза, а также качественное состояние костной ткани. Использование современных конструкций позволяет достичь сращения перелома и сохранить хорошие функциональные результаты эндопротезирования.