

Э. С. ГАРИБЯН

О ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ КОСЫХ И ВИНТООБРАЗНЫХ
ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

В статье приводится анализ отдаленных результатов лечения 250 больных с закрытыми косыми и винтообразными переломами диафиза костей голени, лечившихся гипсовой повязкой, комбинированным методом и оперативно. Отдаленные результаты лечения изучены у 170 больных. Хорошие результаты получены у 108, удовлетворительные — у 49, неудовлетворительные — у 13 больных.

Наиболее целесообразными для указанных переломов со смещением отломков являются оперативный и комбинированный методы лечения.

Одним из частых повреждений костей скелета являются диафизарные переломы костей голени. Пострадавшие с такими переломами составляют около 1/4 всех травматологических больных, нуждающихся в стационарном лечении. Между тем результаты их лечения остаются малоудовлетворительными, особенно при косых и винтообразных переломах.

Анализ литературы выявляет большие расхождения среди авторов в отношении основных принципов лечения вышеуказанных переломов.

Задачей нашего исследования является сравнительное изучение отдаленных результатов лечения косых и винтообразных переломов диафиза костей голени, леченных различными методами, и выявление наиболее рациональных способов лечения в зависимости от характера, локализации, вида перелома и степени смещения отломков.

Наш материал охватывает 250 наблюдений. Эти переломы составляют 2,7% по отношению ко всем переломам различной локализации (9263 наблюдения) и 14,4% по отношению к диафизарным переломам костей голени (1725 наблюдений).

Отдаленные результаты лечения изучены у 170 больных. Перелом обеих костей голени выявлен у 171 больного (68,4%), а изолированный перелом большеберцовой кости — у 79 (31,6%). Изолированные переломы малоберцовой кости нами не изучались. С винтообразной плоскостью излома было 183, с косой — 67 больных.

Эти переломы часто возникают на уровне, граничащем как со средней, так и с нижней третью голени, поэтому многие авторы диафиз голени делят на 4 уровня, добавляя границу средне-нижней трети. В верхней трети было 7 переломов, в средней — 80, в средне-нижней — 75, в нижней — 88.

По видам травматизма переломы голени распределялись следующим образом: бытовая травма — 53,2%, спортивная — 17,6%, производственная — 14,4%, транспортная — 11,2%, сельскохозяйственная — 3,6%. От не прямой травмы пострадало 192, от прямой — 58 больных.

Мужчин было 151, женщин — 90 в возрасте от 16 до 40 лет (63,3%).

Гипсовой повязкой лечились 145 больных, комбинированным методом (скелетное вытяжение и гипсовая повязка) — 45, оперативно — 60. Определяющим моментом для выбора способа лечения явилась степень смещения отломков в зависимости от вида и уровня перелома, от состояния кожных покровов, возраста и общего состояния больного.

При переломах без смещения вопрос решался обезболиванием области перелома 1- или 2%-ным раствором новокаина в количестве 30,0 — 40,0 с наложением гипсовой лонгеты, а после спадения отека — циркулярной гипсовой повязки от кончиков пальцев до средней трети бедра. Переломов без смещения отломков было 85, из них 50 у больных с изолированным переломом большеберцовой кости. Хорошие результаты отмечены у 41 больного, удовлетворительные — у 14, неудовлетворительный по причине смещения отломков — у 1. Повторная репозиция успеха не принесла, а от скелетного вытяжения и оперативного лечения больной отказался.

Переломов со смещением, леченных гипсовой повязкой, было 60, из них с изолированным переломом большеберцовой кости — 15.

Большинству больных под местной анестезией, а иногда и под общим обезболиванием производилась одномоментная ручная репозиция отломков с наложением гипсовой лонгеты. В среднем через 2 недели после спадения травматического отека конечность иммобилизовалась циркулярной гипсовой повязкой.

Отдаленные результаты лечения изучены у 41 больного. Хорошие результаты отмечены у 15, удовлетворительные — у 20, неудовлетворительные — у 6 больных.

Из 60 больных, имевших переломы со смещением отломков и лечившихся гипсовой повязкой, у 13 наступило вторичное смещение под гипсовой повязкой. Незначительное смещение, не повлиявшее на анатомическое и функциональное состояние конечности, было выявлено у 8, у 5 больных смещение было значительным и требовало применения других методов лечения, от чего больные отказались.

В основе вторичных смещений было неустранимое полностью смещение при первичной репозиции: вправление на 2/3 или половину поперечника кости без углового смещения, т. е. такое положение отломков, которое при консолидации существенно не влияло на дальнейшее восстановление функции поврежденной конечности; поздняя смена первично наложенной гипсовой повязки. При этом после спадения отека при винтообразных переломах наступало смещение по длине и ширине, а при косых переломах с короткой межфрагментной щелью — смещение по ширине.

Комбинированным методом лечилось 45 больных, из них 4 с изолированным переломом большеберцовой кости.

При одномоментной репозиции хирург получает возможность своевременно и правильно решить вопрос о дальнейшем лечении перелома.

Если при репозиции сопоставить отломки не удается, то перелом относится к невосправляемым. У 15 больных с подобными переломами мы использовали комбинированный метод: скелетное вытяжение применялось как для репозиции, так и для удержания репонированных отломков до появления начальных признаков консолидации.

Комбинированный метод в 16 наблюдениях применялся нами без предварительной попытки репонировать отломки. При повреждениях мягких тканей, при ссадинах и эпидермальных пузырях, выраженной гематоме одномоментная репозиция не показана, так как явится дополнительной травмой и ухудшит состояние больного.

У 12 больных скелетное вытяжение было применено после установления вторичного смещения отломков, а у 2 после развившихся эпидермальных пузырей. Как правило, скелетное вытяжение производилось нами за пяточную кость при помощи металлической спицы.

В зависимости от развития мышечного футляра, вида перелома и степени смещения отломков применялся груз от 4 до 8 кг. Когда клинически и рентгенологически выявлялась первичная костная мозоль, скелетное вытяжение заменялось гипсовой повязкой. На скелетном вытяжении больные в среднем находились 4—5 недель.

Средние показатели лечения комбинированным методом следующие: пребывание больного на вытяжении — 29,2—35,1 дня, госпитализация — 34,5 дня, гипсовая иммобилизация при изолированном переломе большеберцовой кости — 104,1 дня, при переломе обеих костей голени — 126,5 дня, продолжительность нетрудоспособности соответственно 145,5 и 159,9 дня.

Отдаленные результаты лечения изучены у 22 больных. Хорошие результаты получены у 16, удовлетворительные — у 5, неудовлетворительный — у 1 больного, у которого было установлено повреждение малоберцового нерва во время получения травмы.

Оперативное лечение было применено у 60 больных (24%). Показаниями для оперативного вмешательства служили: 1) неэффективность консервативного лечения; 2) интерпозиция мягких тканей; 3) косые, винтообразные и крупнооскольчатые переломы с длинной межфрагментной щелью и их смещением. У 16 больных (26,6%) остеосинтез произведен по первичным показаниям в ранние сроки без попыток консервативного лечения. В 25 наблюдениях (41,6%) оперативное вмешательство последовало за неудавшейся репозицией отломков, а в 19 (31,6%) — после вторичного смещения отломков. У 9 больных во время операции установлена интерпозиция мягких тканей. 63,4% оперированных больных имели винтообразные переломы, 16,6% — косые, 20,0% — оскольчатые. Больше половины больных (56,7%) имели переломы в нижней или на границе средне-нижней трети голени. По поводу изолированного перелома большеберцовой кости оперировано 10 больных, а с переломом обеих костей голени — 50.

Наблюдения показали, что наиболее оптимальным сроком для

оперативного вмешательства являются первые дни после травмы. Ранние операции имеют определенные преимущества. Больные, оперированные в ранние сроки, требуют менее продолжительной госпитализации, а отломки срастаются в более короткие сроки. Следует отметить, что ни у одного больного, оперированного в первые 4 дня, не наблюдалось образования эпидермальных пузырей, которые появляются в эти же сроки при консервативном лечении.

25 больных (41,6%) оперировано под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов, 13 (21,7%) — под внутривенной анестезией, 19 (31,7%) — под спинномозговой, 3 (5%) — под регионарной.

В качестве фиксаторов при остеосинтезе косых и винтообразных переломов применяли: металлические стержни, металлические пластинки, металлические винты, болт, скобу-фиксатор С. Д. Гумяна с двумя спицами, снабженными противоупорными устройствами, металлическую балку А. А. Аствацатуряна. Сравнивая результаты лечения с применением различных металлических конструкций, мы пришли к выводу, что наиболее подходящими для остеосинтеза косых и винтообразных переломов костей голени с длинной межфрагментной плоскостью излома являются металлические винты.

После операции накладывался гипсовый лонгет, а затем и циркулярная гипсовая повязка, которая сохранялась до появления выраженных начальных признаков консолидации. При хорошей фиксации отломков гипсовая повязка выдерживалась 3—3,5 мес., а при ненадежной фиксации на 1—1,5 мес. дольше.

Больные, подвергнутые оперативному лечению, провели в стационаре в среднем 41,1, а больные, оперированные по первичным показаниям, — 22,7 дня.

Начальные признаки консолидации после остеосинтеза выявлены в среднем через 49,2 дня при переломе обеих костей голени и через 37,1 дня при изолированном переломе большеберцовой кости. Сроки иммобилизации при переломе обеих костей составили 125,5, а при переломе большеберцовой кости — 102,5 дня. Потеря дней трудоспособности при остеосинтезе по поводу перелома обеих костей составила 147,3, а при переломе большеберцовой кости — 129,3 дня.

Отдаленные результаты лечения изучены у 51 больного (85%), из коих хорошие результаты получены у 36 больных (70,6%), удовлетворительные — у 10 (19,6%), неудовлетворительные — у 5 (9,8%).

Неудовлетворительными считаем результаты, полученные у 3 больных с развившимся остеомиелитом и у 2 больных с замедленной консолидацией, которая явилась причиной выраженной тугоподвижности в голеностопном суставе. В 2 наблюдениях развитие остеомиелита объясняется нарушением техники остеосинтеза и асептики. В одном наблюдении остеомиелит развился после удаления металлических винтов.

Как видно из изложенного, сроки восстановления трудоспособности неодинаковы при различных способах лечения.

Отдаленные результаты лечения различными способами приведены в таблице.

Таблица

Способы лечения	Колич. больных	Отдал. результаты изучены	Результаты лечения					
			хорошие		удовл.		неудовл.	
			колич.	%	колич.	%	колич.	%
Гипсовая повязка	145	97	56	57,7	31	35,1	7	7,2
Комбинированный метод	45	22	16	72,7	5	22,7	1	4,6
Оперативное лечение	60	51	36	70,6	10	19,6	5	9,8
Всего	250	170	108		49		13	
%	100,0	68		63,6		28,8		7,6

Как видно из таблицы, хорошие результаты получены при комбинированном и оперативном методах лечения.

Наибольший процент неудовлетворительных результатов лечения (9,8) получен при оперативном лечении, что, как было показано выше, объясняется нарушением техники остеосинтеза и асептики. Исходя из этого, необходимо к оперативному вмешательству прибегать в показанных случаях. Процент хороших результатов (70,6) будет значительно выше, если операции будут производиться в ранние сроки после поступления больных. Этому способствуют также правильный выбор фиксатора и соблюдение техники остеосинтеза.

Выводы

1. Вопрос о выборе метода лечения должен быть разрешен в день поступления больного на основании изучения клинической картины, общего состояния и рентгенограмм больного. Каждый метод лечения имеет свои показания и противопоказания, они не исключают, а дополняют друг друга.

2. При лечении закрытых косых и винтообразных переломов диафиза костей голени без смещения и при переломах со смещением, когда удается произвести одномоментную репозицию, показано применение гипсовой повязки.

3. Комбинированным методом необходимо лечить больных с ранами, отеками и эпидермальными пузырями, а также оскольчатые, косые и винтообразные переломы в основном с короткой межфрагментной щелью. При переломах со смещением, где имеются противопоказания к оперативному лечению общего порядка, также показано применение комбинированного метода.

4. Оперативное лечение при закрытых косых и винтообразных переломах показано при наличии интерпозиции мягких тканей, при длинной межфрагментной щели перелома со смещением отломков, а также в случаях невправимых и неудержимых переломов.

Остеосинтез необходимо производить в первые 3—7 дней после поступления больного. Наилучшие результаты получаются при остеосинтезе металлическими винтами.

Ереванский НИИ травматологии и ортопедии

Поступила 11/II 1972 г.

Է. Ս. ՂԱՐԻՅԱՆ

ՍՐՈՒՆՔԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ՊՏՈՒՏԱԿԱԶԵՎ ՈՒ ՇԵՂ ՓԱԿ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոդվածում վերլուծվում են սրունքի ոսկրերի պտուտակաձև ու շեղ փակ կոտրվածքների բուժման հեռավոր համեմատական արդյունքները: Կլինիկական նյութը ընդգրկում է 250 դիտարկումներ: Սրունքի երկու ոսկրերի կոտրվածք եղել է 170 հիվանդների (68,4%), մեծ ուղքի կոտրվածք՝ 79 հիվանդների մոտ (31,6%): Պտուտակաձև կոտրվածք դիտվել է 183, իսկ շեղ կոտրվածք՝ 67 հիվանդների մոտ:

Գիպսային փաթաթանով բուժվել է 145, իսկ կոմբինացված եղանակով՝ 45 հիվանդ: 60 դեպքում կատարվել է վիրաբուժական միջամտություն: Հեռավոր արդյունքներն ուսումնասիրվել են 170 հիվանդների մոտ: Լավ արդյունք ստացվել է 108 դեպքում (63,6%), բավարար՝ 49 (28,8%), բացասական արդյունք՝ 13 դեպքում (7,6%):