

эксперименте, и в клинике есть наблюдения, подтверждающие, что при некоторых опухолях, в том числе и при остеогенной саркоме, фиксируется некое равновесие между наличием первичной опухоли и развитием метастазов. При этом наличие первичного опухолевого узла может до определенного момента сдерживать развитие метастазов в легкие. Может быть, с этим связаны случаи бурного и раннего метастазирования остеогенной саркомы после ампутации. С другой стороны, если не удалить первичную опухоль, метастазы в легкие развиваются неизбежно. Если эти соображения соответствуют реальному положению вещей, то следует считать рациональным не удаление первичной опухоли, а сохранение ее в организме, но в таком виде, чтобы она потеряла способность к росту. Это и предполагает способ Вредена — Икономова.

© В. В. Михайленко, В. М. Лирцман, 1994

В. В. Михайленко, В. М. Лирцман

ПЕРЕЛОМЫ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА МЫШЦЕКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко

Переломы заднего отдела мышцелков бедренной кости встречаются сравнительно редко. За последние 20 лет под нашим наблюдением находились 15 больных с такими повреждениями — 9 мужчин и 6 женщин в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 54 года). У 7 человек травма была связана с наездом автотранспорта, 2 упали с небольшой высоты на выпрямленные ноги, 1 больная упала на лестнице, остальные 5 больных получили травму при падении на улице на скользкой дороге или дома на мокром полу.

Особенностью рассматриваемых переломов является то, что линия излома проходит во фронтальной плоскости через задний отдел латерального или медиального мышцелка бедренной кости. Специального анатомического названия этот отдел мышцелков бедра не имеет, и в отечественной литературе данную группу переломов называют «фронтальными переломами мышцелков бедра».

Из 15 больных у 13 был перелом заднего отдела латерального, у 2 — медиального мышцелка бедренной кости. В 13 случаях перелом отмечался в области правого, в 2 — в области левого коленного сустава.

У 14 больных перелом мышцелка был фрагментированным и только у 1 носил оскольчатый характер. В 9 случаях отмечалось смещение фрагмента сверху, в 3 — книзу. В остальных 3 случаях костный фрагмент утратил контакт с материнским ложем и сместился в полость коленного сустава (у 2 больных — в задний отдел сустава, в подколенную ямку; у 1 больного фрагмент сместился в передний отдел сустава и заклинился между суставными поверхностями мышцелков бедренной и большеберцовой костей).

Клиническая картина переломов заднего отдела мышцелков бедра ничем не отличается от картины

других изолированных переломов мышцелков бедренной кости.

Консервативное лечение было проведено 12 больным. Показанием к нему являются переломы заднего отдела латерального и медиального мышцелков бедра без смещения отломков, а также со смещением в пределах 1—2 мм у лиц молодого возраста и до 3—4 мм у пожилых и старых людей. Ретроспективный анализ выявил, что в действительности консервативное лечение было показано только 3 больным, остальные нуждались в оперативном лечении. К сожалению, на раннем этапе нашей работы основным методом лечения рассматриваемого вида переломов являлся консервативный иммобилизационный метод с фиксацией конечности гипсовой повязкой на длительный срок.

Все переломы заднего отдела мышцелков бедра относятся к внутрисуставным переломам коленного сустава и сопровождаются гемартрозом. Всем больным производились пункция коленного сустава и удаление крови (от 30 до 150 мл). После пункции в полость сустава вводилось 10—20 мл 1% раствора новокаина. Следует отметить, что ни у одного больного при переломах со смещением отломка не производилась закрытая ручная репозиция, так как методика ее не разработана до настоящего времени.

11 больным была наложена гипсовая повязка, и они выписаны на амбулаторное лечение. Средняя продолжительность пребывания их в стационаре составила 14,5 дня.

Одному больному с переломом заднего отдела латерального мышцелка бедра при поступлении в клинику было наложено скелетное вытяжение за проксимальный метафиз большеберцовой кости грузом 5 кг, нога уложена на шину Белера. Устранить смещение не удалось. Скелетное вытяжение снято через 8 нед после травмы. Больной выписан на амбулаторное лечение без гипсовой повязки с рекомендацией продолжить восстановительное лечение.

Анализируя непосредственные результаты консервативного лечения переломов заднего отдела мышцелков бедренной кости, следует признать, что они были неудовлетворительными, а выбор метода лечения ошибочным.

Отдаленные результаты изучены у 8 больных этой группы в сроки от 2 до 11 лет. Почти у всех больных с неустранимым смещением фрагмента на рентгенограммах в отдаленном периоде выявлены признаки деформирующего артроза II—III стадии.

Оперативное лечение применено у 3 больных. Основным показанием к открытой репозиции является смещение костного фрагмента заднего отдела мышцелка сверху или книзу более 4 мм. Абсолютным показанием к оперативному лечению служит смещение костного фрагмента в полость коленного сустава и внедрение его между суставными поверхностями мышцелков бедренной и большеберцовой костей.

У 1 больного для удаления небольшого костнохрящевого фрагмента, отколовшегося от заднего отдела латерального мышцелка бедра, был использован задний штыкообразный доступ к коленному суставу. У 2 больных мы применили передне-медиальный парапателлярный доступ с открытой репозицией и фиксацией костного фрагмента в од-

ном случае спицами Киршнера, а в другом болтом с гайкой и спицей. Приводим одно из наблюдений.

Больная М., 29 лет, поступила в клинику 25.01.88 по поводу перелома заднего отдела латерального мыщелка правой бедренной кости. Травму получила дома при падении на мокром полу. В клинике выявлена блокада коленного сустава под углом 130° с полным отсутствием пассивных и активных движений. На рентгенограммах определяется перелом заднего отдела латерального мыщелка бедра со смещением отломка в полость коленного сустава и внедрением его между мыщелками бедренной и большеберцовой костей. Произведена пункция коленного сустава, удалено 60 мл крови, в полость сустава введено 20 мл 1% раствора новокаина. Устранить блокаду не удалось.

1.02 произведена операция. При вскрытии полости коленного сустава выделилось около 100 мл крови, смешанной с синовиальной жидкостью. При осмотре сустава обнаружен костно-хрящевой отломок размером 24×16×6 мм, который был внедрен между мыщелками бедра и большеберцовой кости. Выявлено, что отломок прочно удерживается на передней крестообразной связке, прикрепляющейся к его внутренней поверхности. Отломок освобожден от заклинивания. Поверхность излома на мыщелке и костном фрагменте зачищена острой ложечкой, отломок точно установлен на прежнее место и фиксирован к материнскому ложу двумя спицами Киршнера. Спицы введены со стороны суставной поверхности отломка под углом друг к другу, концы их выведены над кожей. В области суставной поверхности спицы скусены на уровне суставного хряща так, чтобы они не выступали и не мешали движениям в коленном суставе. Рана дренирована и послойно ушита наглухо. Конечность уложена на функциональную шину.

На следующий день, после перевязки и удаления дренажей, больная приступила к разработке движений в коленном суставе. На 3-й день после операции начала ходить с помощью костылей. Швы сняты на 14-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на амбулаторное лечение на 16-й день после операции. Спицы удалены через 5 мес. Через 5 лет и 5 мес после операции осмотрена повторно: отмечен отличный анатомический и функциональный результат.

Таким образом, применение переднемедиального парапателлярного доступа при оперативном лечении больных с переломами заднего отдела латерального и медиального мыщелков бедра позволило нам значительно расширить показания к оперативному лечению, которое раньше сдерживалось главным образом из-за крайней технической сложности и опасности заднего доступа к области перелома через подколенную ямку.

При достаточном угле сгибания в коленном суставе и смещении надколенника кнаружи репозиция и фиксация отломка технически выполняется без каких-либо затруднений.

Всем больным в послеоперационном периоде проведено безгипсовое функциональное лечение в комплексе с физиотерапией. Получены отличные ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты.

© Коллектив авторов, 1994

Л. С. Рабинович, С. П. Житенко, В. М. Щукин

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Московская городская клиническая больница № 67

Доля пожилых и старых людей в возрастной структуре населения велика и постоянно растет. Одновременно с этим в индустриально развитых странах увеличивается частота переломов, характерных для данной возрастной категории.

В настоящее время общепризнана необходимость ранней активизации пострадавших. В частности, Н. А. Малыгина [1] считает неприемлемым консервативное лечение больных старших возрастных групп. При этом, по ее мнению, отсутствие иммобилизации или ее неполноценность приводит к сращению перелома в неправильном положении, часто к развитию тугоподвижности в коленном и тазобедренном суставах и как следствие к невозможности ходьбы или ограничению функции поврежденной конечности. Невозможность совмещения периода консолидации перелома с периодом восстановления функции при консервативном лечении, а также высокий процент осложнений и большая длительность периода реабилитации заставляют отдать предпочтение оперативному лечению. Аналогичной точки зрения придерживаются и другие авторы.

Не оспаривая обоснованность такого подхода, мы вместе с тем считаем, что анализ результатов хирургического лечения не позволяет рекомендовать операцию значительному числу пациентов. М. Т. Слайер и Р. J. Bauze [2] изучили исходы оперативного лечения шейечных и вертельных переломов у 405 больных за 3 года. Соматические осложнения развились у 30% из них, хирургические — у 14%. Через 3 года были живы 50% больных, причем основное число смертельных исходов пришлось на первые 9 мес после операции. Из выживших свободно ходили 55%, передвигались с трудом 32% больных, остальные не ходили. Таким образом, оптимальный результат был достигнут у 27% оперированных. Среди основных факторов, обуславливающих развитие послеоперационных осложнений, отмечаются остеопороз, деменция, почечная, сердечно-легочная недостаточность, причем роль этих факторов значительно возрастает после 70 лет.

В Московской городской клинической больнице № 67 на протяжении ряда лет велся поиск возможностей сократить период постельного режима у стариков. Применялись срочный остеосинтез шейки (на 2—3-и сутки), остеосинтез шейки пучком спиц (малотравматичная операция), электростимуляция остеогенеза в области большого вертела при вертельных переломах. Однако результаты лечения нас не удовлетворяли, так как у 70% больных имелись различные соматические противопоказания к операции.

За 1990—1992 г. в травматологических отде-