

Антониади Ю.В.¹, Волокитина Е.А.², Черницын Д.Н.¹, Зверев Ф.Н.¹

Ревизионный закрытый малоинвазивный остеосинтез оскольчатого перелома проксимального отдела бедра

1 - Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург; 2 - Кафедра травматологии и ортопедии ФПК и ПП ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития РФ, г.Екатеринбург

Antoniadi Y.V., Volokitina E.A., Chernicin D.N., Zverev, F.N.

Case studies: revision closed low-invasive osteosynthesis comminuted fractures of proximal femur

Резюме

В статье приведено описание клинического случая закрытого ревизионного остеосинтеза оскольчатого перелома проксимального отдела бедра реконструктивным интрамедуллярным бедренным штифтом с блокированием после первичного остеосинтеза проксимальным бедренным гвоздем (PFN) и миграции фиксатора с прорезыванием проксимального блокируемого винта через головку бедренной кости.

Ключевые слова: Проксимальный бедренный гвоздь, блокирование, миграция, остеосинтез, гамма-стержень

Summary

The article describes the clinical case revision closed nailing comminuted fractures of the proximal femoral reconstructive intramedullary femoral pin with blocking after the primary fixation proximal femoral nail (PFN) and migration striker with eruption proximalnog of blocking screws through the femoral head.

Key words: proximal femoral nail, block, migration, gamma rod

Введение

Минимально инвазивный остеосинтез широко применяется в клиниках России и за рубежом, возрастающая популярность метода обусловлена низким уровнем травматичности вмешательства, оптимальными условиями для остеорепарации, сохранением периостального кровоснабжения, надежностью фиксации костных фрагментов и возможностью ранней функциональной нагрузки конечности. Особое место среди малоинвазивных имплантатов для внутреннего остеосинтеза оскольчатых переломов проксимального отдела бедренной кости типа А (Универсальная классификация переломов АО/ASIF (1996 г.) на сегодняшний день занимают блокированные интрамедуллярные штифты с проксимальными и дистальными винтами – это различные модификации проксимального бедренного гвоздя (PFN) или гамма-стержня с возможностью отсроченной динамизации. Однако в ряде случаев малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза, особенно при остеопорозе развиваются такие осложнения, как замедленное сращение, прорезывание блокирующих винтов через шейку и головку бедра, миграция фиксатора. В качестве примера использования малоинвазивного остеосинтеза в качестве первичного и ревизионного вмешательства приведем следующее клиническое наблюдение.

В приемный покой ЦГКБ № 24; г. Екатеринбург 14.01.2010 с закрытым оскольчатым чрезвертельным переломом левого бедра (A2.3. по классификации АО/ASIF) (Рисунок 1) была доставлена пациентка С. 60 лет, получившая травму при падении дома с высоты собственного роста. При госпитализации в травматологическое отделение № 1 наложено скелетное вытяжение за мышелки бедренной кости. На 7 сутки после поступления больной выполнен закрытый остеосинтез перелома гамма-стержем со статическим блокированием по стандартной методике. Выполнен рентгенконтроль положения фрагментов, которое было признано удовлетворительным, так как удалось восстановить ось конечности (Рисунок 2 а, б). Ранний послеоперационный период без осложнений, после операции гемотрансфузии не проводилось. Больная на вторые сутки после операции была активизирована и обучена ходьбе при помощи ходунков без нагрузки на ногу, на 10 сутки после операции выписана на амбулаторное лечение. Через 1,5 месяца после операции была разрешена частичная нагрузка на оперированную конечность в пределах 30% веса тела, которая постепенно, под контролем врача увеличивалась и к пяти месяцам после операции пациентке была разрешена полная нагрузка на ногу.



Рис. 1. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой проекции с чрезвертельным оскольчатым переломом A2.3 (AO/ASIF)



Рис. 2. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции с выполненным остеосинтезом чрезвертельного оскольчатого перелома гамма-стержнем со статическим блокированием



Рис. 3. Рентгенограммы правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой проекции в сроке 6 месяцев после операции с признаками резорбции вокруг шейного винта (а), с началом миграции фиксатора (7 месяцев после операции) (б); с выраженной миграцией (8 месяцев после операции) (с).



Рис. 4. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции с выполненным ревизионным реконструктивным стержнем через 8 месяцев после первичного остеосинтеза гамма-стержнем со статическим блокированием.



Рис. 5. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава пациентки С., 60 лет в прямой (а) и аксиальной (б) проекции через 6 месяцев после ревизионного остеосинтеза системой: миграции фиксатора нет, перелом консолидирован, улучшилась структура головки и шейки бедра.

После начала полной нагрузки на ногу, через 6 месяцев на контрольном осмотре больная стала жаловаться на боли в области правого тазобедренного сустава, появляющиеся при нагрузке, при рентгенологическом исследовании были выявлены признаки резорбции костной ткани вокруг шеечного винта (Рисунок 3а), к 7 месяцам после операции появились признаки миграции имплантата (Рисунок 3б). В сроке 8 месяцев после первичного остеосинтеза больная была повторно госпитализирована в клинику, где 11.08.2010 выполнено ревизионное вмешательство по замене фиксатора. Гамма – стержень с фиксирующими винтами удален. Фрагменты ресинтезированы при помощи системы длинного реконструктивного стержня и двух блокирующих винтов, проведенных в область малого вертела и межвертельной области (Рисунок 4а, б). Пациентка выписана на 12 сутки после операции. Частичная нагрузка на прооперированную конечность разрешена в 6 недель после ревизионной операции. К полной нагрузке больная приступила через 3 месяцев, на контрольном осмотре в срок 6 месяцев после ревизионного вмешательства получены отчетливые признаки сращения перелома, улучшилась структура головки и шейки бедра, признаков миграции фиксатора нет (Рисунок 5а, б). В результате лечения получен хороший функциональный результат

Выводы

Таким образом, остеосинтез оскольчатых чрезвертельных переломов типа А проксимальным бедренным гвоздем (гамма-стержнем) без возможности динамизации не исключает его миграцию с прорезыванием проксимальных блокирующих винтов через головку и шейку бедренной кости и вторичное смещение отломков. ■

*Антониади Ю.В. - к.м.н., заместитель главного врача по хирургической работе Центральной городской клинической больницы № 24, г.Екатеринбург,
Воложнина Е.А. - д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии ФПК и ПП ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития РФ, г.Екатеринбург,
Черницын Д.Н. - врач высшей категории, заведующий травматологическим отделением №1 Центральной городской клинической больницы № 24, г. Екатеринбург, Зверев Ф.Н. - врач травматолог-ортопед отделения травматологического отделения №1 Центральной городской клинической больницы № 24, г. Екатеринбург;
Автор, ответственный за переписку - Зверев Федор Николаевич, тел. 8 912 622 27 24*