

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Жуков П.В.

ЦГКБ №24, г. Екатеринбург

Повреждение верхней конечности и в частности переломы ключицы причиняют существенное беспокойство пациенту, является причиной нарушения трудоспособности и профессиональной деятельности, а также ряд косметических нарушений.

В литературе встречаются данные о преимуществе интрамедуллярной фиксации перелома над накостной конструкциями АО. В свою очередь аппараты внешней фиксации создают неудобства при уходе, а анатомо-биомеханические особенности затрудняют восстановление ее длины закрытым способом в поздние сроки лечения.

Мы использовали оригинальный метод лечения переломов ключицы у 26 больных от 2-х дней до одного месяца после травмы. Во всех случаях оперативное лечение было методом выбора, так как предшествующее консервативное лечение или отсутствие его не давало надежды планировать хороший клинический исход. Переломы ключицы с нарушением каркаса грудной клетки встречались у 67% случаев.

Стержень с переменным поперечным сечением из набора для интрамедуллярного остеосинтеза костей предплечья. Проксимальный конец стержня имеет пятигранное поперечное сечение, моделируется по форме проксимального отломка, дистальный конец не менее 1/3 длины стержня имеет четырехгранное поперечное сечение.

Предложенное нами устройство позволяет повысить стабильность фиксации переломов ключицы, что дает возможность улучшить результаты лечения.

Обнажают линию перелома через дугообразный разрез кожи по нижнему краю ключицы длиной 5-6 см. Острым гибким шилом, с предварительно изогнутым концом, формируют канал в дистальном отломке.

В другом отломке изогнутым шилом формируют канал в направлении к медиальному концу ключицы. Антеградно, через прокол в коже в дистальный отломок вбивается стержень, при этом он отмоделирован таким образом, чтобы вершина пятигранного сечения его была направлена краниально, в сторону наибольшего поперечного сечения ключицы и места прикрепления мышц. Отломки сопоставляют и пробивают стержень в проксимальный отломок. За счет гибких свойств - стержень сначала идет туго, затем, попадая в моделированный участок более свободно, и, заклинивается в нем. Заклинивание в дистальном отломке происходит за счет большего поперечного сечения 4-х гранного конца стержня.

При наличии промежуточных отломков, основные отломки раздвигаются, а промежуточные фрагменты укладываются на место с использованием атравматичной техники. После этого делаются рентгенограммы в необходимых проекциях. Лишнюю часть стержня откусывают кусачками максимально близко к дистальному отломку. Накладывают послойные швы на раны. В послеоперационном периоде осуществляют иммобилизацию с помощью косыночной повязки. Фиксацию осуществляют до достижения сращения отломков, диагностируемого клинически и рентгенологически, после чего фиксатор удаляют.

Таким образом, устройство для внутрикостного остеосинтеза переломов ключицы обеспечивает поддержание постоянной стабильной фиксации ключицы на весь период лечения. Патент №58333 от 27.11.2006. У всех больных достигнуто сращение перелома, получены отличные результаты лечения.

Предложенный стержень переменного сечения прост в производстве (изготавливается из стандартных титановых заготовок для остеосинтеза костей предплечья). Он обладает высокой биомеханической стабильностью, так как изготавливается индивидуально по форме и изгибам ключицы, обладает высокой устойчивостью к ротационным смещениям, за счет заклинивания, устойчив к смещению по длине, и позволяет достичь от-

личных функциональных результатов по сравнению с традиционными методами.

ЭХОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Попков А.В., Гребенюк Л.А., Гребенюк Е.Б.
РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова, г. Курган

Среди различных методов оперативного лечения врожденных аномалий развития верхней конечности чрескостный дистракционный остеосинтез признан методом выбора. Одним из бесспорных его преимуществ является возможность индивидуального подбора темпов и ритмов дозированной тракции, что позволяет осуществлять удлинение и коррекцию оси одного или нескольких сегментов верхних конечностей.

Целью работы явилось обоснование целесообразности клинического применения эхографии дистракционного регенерата при оперативном удлинении костей у пациентов с врожденной аномалией роста и развития верхней конечности.

Обследованы дети и взрослые с врожденной аномалией верхних конечностей и экзостозной болезнью в возрасте от 5 до 20 лет (n=23 чел.), а также 5 больных с врожденными культями предплечья. С помощью эхокамеры Aloka SSD-630 (Япония, линейный и конвексный датчики 7, 5 МГц) в области остеотомии осуществляли сканирование в режиме on line.

Результаты. На ранних сроках дистракции оценивали величину диастаза, степень звукопроводимости, возможное наличие костных отломков в области диастаза, форму субстрата в области остеотомии. К двум неделям удлинения регенерат представлял собой эхопозитивный субстрат, имеющий зависящую от особенностей патологии структуру. Так, у пациентов с врожденной культей предплечья вновь образующаяся костная ткань была гомогенной, отмечалась высокая звукопроводимость лоцируе-