

PŘÍSPĚVEK K LÉČENÍ A OŠETŘOVÁNÍ MNOHOČETNÝCH ZLOMENIN NA DOLNÍ KONČETINĚ

Vladimír BOBEK a Josef POPILKA

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Plzni, náčelník MUDr. J. POPILKA, kandidát lékařských věd

Mnohočetné zlomeniny na dolních končetinách (dále jen m. z. d. k.) jsou stálým léčebným problémem na všech chirurgických a traumatologických odděleních jak pro jejich výskyt, tak i pro častou variabilitu a komplikace. Značné procento osob postižených m. z. d. k. bývá z dopravních nehod, vzniklých různými okolnostmi. Ze statistik i z našich zkušeností vidíme, že k převážné části těchto zlomenin dochází při motocyklové přepravě, a právě při těchto nehodách se dostávají na naše oddělení postižení různými kombinacemi m. z. Už sám charakter této přepravy podmiňuje do jisté míry při nehodách poranění dolních končetin, i když víme, že velké procento tvoří také poranění lebky a centrálního nervového systému.

Upozorňujeme na novější sdělení Koslowskiho (2), které se zabývá otázkou ošetřování m. z. d. k. a uvádí též podrobný rozbor vzniku, lokalizace, komplikací a léčebných výsledků dosažených při ošetřování těchto zlomenin.

Sami jsme měli možnost ošetřovat nemocného s trojnásobnou zlomeninou dolní končetiny, což podle Lewina (3) a jiných představuje vážný stav vzhledem k pozdější funkci končetiny. Podobný případ jsme též viděli na klinice akademika Bedrný.

24. dubna 1957 jsme přijali na naše oddělení 23letého důstojníka letectva (č. ch. 760/57), který ráno na letišti opravoval svůj motocykl a při zkušební jízdě havaroval. V těžkém šoku byl přivezen k nám. Po protišokové léčbě, jakmile se stav poraněného zlepšil, provedli jsme ihned rtg vyšetření.

Na rtg snímku levé dolní končetiny vidíme, že jde o zlomeninu stehenní kosti na rozhraní střední a distální třetiny s osovým zkrácením a význačnou rekurvací úlomků, spirálovitou zlomeninu proximální metafýzy levé tibie, sahající kraniálně až do levého kondylu tibiálního. Na zadní hraně tibie na hranici epifýzy a diafýzy je odlomen drobný klín, který je posunut o několik milimetrů dorsálně. Na česce je roztržštěná zlomenina s laterální dislokací poloměsíčitého úlomku a odlomením dolní hrany ve tvaru klínovitého úlomku. Současně jsou i známky značného výronu krevního v kloubu kolenním.

Jde tedy o tři těžké zlomeniny na jedné končetině. Z praxe víme, že funkce kolene je ohrožena vznikajícími adhezemi již tehdy, jde-li o zlomeninu některé z hlavních kostí. Proto jsme se rozhodli volit léčebný postup tak, aby bylo možno začít co nejdříve s rehabilitačním лечením a pro závažnost zranění zvolili jsme aktivní operativní přístup.

Operativní postup jsme rozdělili na dvě doby.

Třetí den po úraze, po zavedení antibiotické clony, v celkové narkóze éterem a rajským plynem jsme pronikli k úlomkům stehenní kosti a po jejich repozici zavedli nitrodřeňový hřeb podle Küntschera. Kontrolní snímek rtg prokázal, že osové postavení zlomeniny stehenní kosti je anatomicky bezvadné, Küntscheroва dlahá drží úlomky v dobré pozici. Po osmi dnech jsme pak provedli ošetření ostatních zlomenin, cerkláž česky a zlomeniny bérce drátěnými kličkami, což se nám podařilo v dobrém operačním přístupu řezem tvaru Y. Celkový průběh po operaci byl bez komplikací, operační rány se zhojily per primam. Po operaci jsme přiložili dorzální sádrou dlahu, kterou jsme odstranili za 3 týdny. Pravidelné rtg kontroly nám prokazovaly, že úlomky jsou v dobrém anatomickém postavení, rovněž tak i kloub kolenní, a že se vytváří svalek.

Ihned po operaci jsme začali s komplexní rehabilitační léčbou. Tak třetí den po operaci druhé byly prováděny za dohledu rehabilitačního pracovníka aktivní pohyby hlezna a statické kontrakce čtyřhlavého stehenního svalu. Pátý den aktivní pohyby hlezna a kolene ve smyslu flexe a extenze, síla čtyřhlavého svalu obnášela 50 %. Devátého dne začal náš nemocný nacvičovat chůzi o berlích, flexe v koleni byla 30 stupňů. Osmnáctý den polohování končetiny a kolene vlastní vahou do flexe. Dvacátého devátého dne polohování kolene do flexe se zátěží půl kg, síla čtyřhlavého svalu 75 %.

Za tři měsíce po operaci, tj. koncem srpna, při rtg kontrole snímek prokázal hojení stehenní kosti hutným svalkem, postavení úlomků správné. Zlomenina česky a tibie rovněž v dobrém stavu, též periostální a endostální svalek. V krajině kolenního kloubu nepatrné známky atrofie kostní. Štěrbina kloubní přiměřeně široká, postavení správné.

Též bylo důležité, že cílenou rehabilitační léčbou se pohyblivost kolene stále zvětšovala. Tak za 9 dní po operaci jsme naměřili 30 st., jedenáctý den 55 st., dvacátého pátého dne 80 st., třicátého druhého 90 st., čtyřicátého druhého dne byla pohyblivost aktivní 90 st. a pasívní 105 st. Za 56 dní po operativním léčení byl nemocný poslán na lázeňské doléčení. Po skončení léčení, při kontrolním vyšetření byl bez potíží, chůze byla normální, svalstvo nejevilo známky atrofie, pohyby ve všech kloubech byly normálního rozsahu. Nemocného jsme dále kontrolovali v roce 1959 a 1960, tehdy jsme shledali, že končetina je normálního vzhledu, dobře pohyblivá, naposled jsme nemocného vyšetřovali v roce 1961 při periodických prohlídkách, zastává na-

dále své místo jako letecký instruktor a je naprosto bez jakýchkoli potíží.

Důležitou otázkou při léčení těchto zlomenin je zastávání cílevědomého a definitivního léčebného postupu. Již při prvotním ošetření musíme určit a stanovit plán dalšího léčení, abychom zbytečně neztráceli čas, zvolili co nejvýhodnější metodu, předešli tak všem komplikacím a mohli co nejdříve začít s rehabilitací.

Při ošetřování těchto stavů platí všeobecné zásady užívané v traumatologii. Bürckle de la Camp (1) doporučuje zastávat u těchto poranění nejprve konzervativní stanovisko a pak teprve operační přístup. Poukazuje na možnosti vzniku infekce při operativních osteosyntézách. Naproti tomu Koslowski (2) správně dodává, že zvláště při těchto stavech, kdy jsou různé kombinace, jako zlomeniny kyčle, femoru, česky, bérce a hlezna, sama podstata takových zlomenin nás nutí k aktivnímu operačnímu stanovisku nebo časnému šití a hřebování zlomeniny, protože je zde nebezpečí vzniku nenapravitelných poúrazových stavů. Koslowski (2) v závěru svého sdělení udává, že při komplikovaných zlomeninách má být operační ošetřování omezeno na míru co nejmenší pro možnou infekci. S tímto názorem nesouhlasí McLaughlin (4), který naopak zastává u všech těchto případů naprosto aktivní stanovisko. Při dnešní vyspělé operační technice a při užití antibiotik o širokém spektru se nemusíme bát infekce. To dokazuje práce Popilky (5) o střelných zlomeninách, kdy naprosto zastáváme operační stanovisko. Časná operační repozice a šití zlomeniny zkracuje léčebnou dobu, omezuje výskyt komplikací, umožňuje aktivnější rehabilitaci a zabraňuje vzniku zpomaleného hojení nebo pseudoarthros. I náš výše uvedený případ dokazuje, že při aktivním přístupu a operačním léčení mnohočetných zlomenin lze dosáhnout dobrého výsledku.

Souhrn

U nemocného při motocyklovém úrazu došlo k zlomenině stehenní kosti, česky a bérce. Autoři volili naprosto aktivní stanovisko s operativní repozicí a šitím zlomenin. Poraněný se úplně zhojil a zastává své původní zaměstnání. Levá dolní končetina je normální. Doporučují při léčení těchto zlomenin včasné operativní léčení.

Резюме

При мотоциклетной аварии у больного наступил перелом бедренной кости, надколенника и костей голени. Авторы отдали предпочтение активному способу лечения и провели оперативным путем репозицию костных фрагментов и их сшивание. Больной выздоровел и занимается своей основной профессией. Левая нижняя конечность находится в нормальном состоянии. Авторы рекомендуют при лечении открытых переломов проводить своевременное оперативное лечение.

Summary

In the presented case a motorcycle accident caused fractures of the femur, of the patella and of the leg. The authors chose an absolutely active procedure, performing a surgical reposition and suture of the fragments. The patient recovered completely and returned to his previous occupation. His left lower limb is normal. In this type of fractures primary treatment by operation is advocated.

Písemnictví

1. Bürckle de la Camp, H.: Langenbecks Arch. klin. Chir. 289, 463, 1958.
2. Koslowski, L.: Monatschr. Unfallheilk. 62, 7, 263, 1959.
3. Lewin, E., F.: The Knee and Related Structures, Lea and Febiger, Philadelphia 1955.
4. Mc Laughlin, J. H.: Trauma. Saunders, Philadelphia 1959.
5. Popilka, J.: Voj. zdrav. listy 3, 62, 1956.