

ДО ПИТАННЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Результати лікування переломів шийки стегнової кістки (ПШСК) залежить від багатьох факторів. На теперішній час розроблено багато фіксаторів для остеосинтезу ПШСК. Більшість із них носить тільки інформативний характер або мають досить обмежене, авторське застосування.

МЕТА РОБОТИ

Розробити малоінвазивний фіксатор для остеосинтезу переломів шийки стегнової кістки і методику його застосування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

При ПШСК ми використовуємо пристрій для остеосинтезу переломів проксимального відділу стегна (ПОППВС)(патент України № 22283). Він має не об'ємний фігурний, Т-подібний внутрішньо- кістковий стержень (ВКС) із деротаційною вертикальною полицею, ширина стержня становить 10 міліметрів. Конструкція ПОППВС досить проста, основна функція короткої накладної пластини-протиля виходу ВКС. Завдяки своїм зменшеним розмірам ВКС дає більшу свободу при його проведенні в шийку СК, що дає травматологу більшу свободу дій, значно полегшує проведення оперативного втручання.

Оперативне втручання повинно проводитись на ортопедичному столі після рентгенологічного контролю у двох проекціях. Після вдало проведеної репозиції і рентгенологічного контролю здійснюється розріз шкіри у підвертлюговій ділянці. У шийку СК проводяться 2 направляючі спиці. Після цього необхідний повторний рентгенологічний контроль у 2-х проекціях. При правильному проведенні спиці по дузі Адамса каналним свердлом висвердлюється канал, в який вводиться Т-подібний ВКС.

При безуспішній репозиції, застарілих переломах, псевдоартрозах шийки СК показана відкрита репозиція фрагментів, остеосинтез ПОППВС, кісткова аутопластика. Боковим дугоподібним доступом до 15 сантиметрів довжиною, починаючи вище великого вертлюга і до низу 10

сантиметрів. Між м'язом натягувачем широкої фасції і середнім сідничним м'язами поширено по СК спереду великого вертлюга доходять до капсули суглоба, розтинають її. Здійснюють відкриту репозицію фрагментів, усувають інтерпозицію, рубцево змінені тканини. Під контролем зору через підвертлюгову ділянку у шийку СК по дузі Адамса паралельно вводять дві спиці. Здійснюють Rh-контроль. У випадку правильного проведення спиць, по нижній каналним свердлом висвердлюється канал до 7-9 сантиметрів довжиною під фігурний ВКС. Вище ВКС паралельно до нього в шийку СК вводиться спонгіозний гвинт або кортикальний аутоотрансплантат. Для стимуляції репаративної регенерації при псевдоартрозах СК між фрагменти поміщають кістковий мозок і аутоспонгіозну кістку. В таких випадках після оперативного втручання 3 місяці проводиться іммобілізація кокситною гіпсовою пов'язкою.

РЕУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність лікування ПШСК залежить від багатьох факторів. Для збереження цілісності фрагментів після поступлення пацієнта у травматологічне відділення накладається скелетний витяг. Перед оперативним втручанням проводиться контрольна рентгенографія кульшового суглобу у положенні внутрішньої ротації кінцівки. Вона дає інформацію про характер лінії зламу, що допомагає у виробленні подальшої тактики лікування. Важко піддаються репозиції діагональні переломи шийки СК. Це пов'язано із характером лінії перелому. При цьому фрагменти необхідно додатково стабілізувати спонгіозним гвинтом, який вводиться вище і паралельно ВКС. Кращі результати при цьому забезпечує використання аутоотрансплантату. Останній, крім стимулюючої, виконує і замісну функцію, що особливо важливо при дефектах шийки СК, остеопорозі, цукровому діабеті. Практика показала, що довжина аутоотрансплантата може не перевищувати 5-6 см, ширина 0,7-0,8 см. Це достатньо для перекриття лінії перелому. У 57 хворих

ми взяли аутотрансплантат із великогомілкової кістки, а у 9 випадках із підвертлюгової ділянки СК. Це позбавляє необхідності травмувати гомілку, виконувати додаткове оперативне втручання. За відсутності ускладнюючих факторів, після закритої анатомічної репозиції можна обійтись і без кісткової пластики. У таких випадках ми вважаємо за необхідне використання деротаційного компресійного гвинта, який вводять у шийку СК вище основного стержня.

Запропонований нами ПОППВС забезпечує самокомпресійний ефект фрагментів шийки СК, мінімально травмує їх, дозволяє при потребі провести у шийку вище фігурного стержня кортикальний трансплантату або спонгіозний стержень. Наш фіксатор створює оптимальні умови для перебігу репаративної регенерації, можливість раннього навантаження прооперованої кінцівки. Проте після остеосинтезу переломів шийки СК воно можливе тільки після розвитку достатньої кісткової мозолі. Повне навантаження ми рекомендуємо залежно від якості репози-

ції, наявності супутньої патології, ваги хворого не раніше, як на 5-6-ому місяці з моменту операції. Дозоване навантаження можливе уже через 1,5-2 місяці. Останнє поряд з іншими факторами до певної міри оптимізує репаративний процес. Тактика лікування при ПШСК має бути строго індивідуальною. Його результати в значній мірі залежать від якості репозиції, правильності проведення стержнів, післяопераційного періоду.

ВИСНОВКИ

За наявності сучасного ортопедичного обладнання остеосинтез ПШСК може бути ургентним оперативним втручанням, яке забезпечить пацієнту високу якість життя, мінімум післяопераційних проблем, комплексне застосування розробленого нами ПОППВС дозволить реалізувати цю ідею. Останній на теперішній час із значним позитивним результатом застосований у більш ніж 850 пацієнтів із псевдоартрозами і ПШСК.