

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ

*Я.С.Кукуруз, В.А.Яловенко,
А.А.Беспаленко, Б.А.Клишевич*

**Український ННЦ ЕМД та МК,
Ірпінський військовий госпіталь, УВМА
Київ, Україна**

У роботі висвітлені варіанти підходу до оперативного лікування переломів дистального відділу гомілки із застосуванням стрижневих апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ) в комбінації та без лікування іншими методами остеосинтезу. Переломи розподілені у відповідності до міжнародної класифікації АО. Прийняті до уваги особливості будови даної анатомічної ділянки, частота виявлення даного виду травми, а також незадовільні результати лікування (до 30%). Оцінено власний клінічний досвід із застосуванням стрижневих апаратів зовнішньої фіксації. Акцентовано увагу на складних внутрішньосуглобових переломах типу Pilon. Авторами даної статті запропоновано метод лікування як один з оптимальних при травмі.

Ключові слова: дистальний відділ гомілки, переломи, лікування черезкістковий остеосинтез, стрижневий апарат зовнішньої фіксації.

Вступ

Лікування переломів дистальних відділів кісток гомілки по сьогоднішній день залишається проблемним. Це обумовлено частотою даної патології до 26,1% серед усіх пошкоджень опорно-рухового апарату, значним відсотком незадовільних результатів лікування (до 30%) та високою інвалідізацією (до 12%) (В.І.Хрупкін та спіавт.,

2007). Також слід відмітити особливість анатомічної будови дистального відділу гомілки та скокового суглоба, а саме: недостатній шар м'яких тканин над ксткою, складність будови скокового суглоба, підвищена вразливість кровеносних судин та частота ускладнень (часто ятрогенних) у вигляді локального гіпертензивно-ішемічного синдрому в гострому періоді.

Метою дослідження було вивчення та аналіз змісту наукових джерел та власного клінічного досвіду, визначення оптимальних варіантів маталоостеосинтезу при переломі дистального відділу гомілки типу Pilon з урахуванням їх класифікації відповідно до міжнародної класифікації АО.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати оперативного лікування з переломами дистального сегмента гомілки у 51 пацієнта, що перебували на лікуванні в клініках УНПЦЕМД та травматологічному відділенні Ірпінського військового госпіталю за період з 2001 до 2011 р. Серед травмованих чоловіків було 39 (76,5%) осіб, жінок — 12 (24%). За віком: від 21 до 40 років — 17 (33,3%), 41-60 років — 25 (49%), старше 60 років — 9 (17,7%).

За ступенем тяжкості пошкоджень, відповідно класифікації АО, переломи розподілено: за типом А — 9 (17,7%), В — 4 (7,8%), С — 38 (74,5%).

Отже, у більшості пацієнтів переломи поєднувались із внутрішньосуглобовими пошкодженнями. Так, переломи типу С2 і С3 спостерігалися у 29 (56,8%) із 51 пацієнта. Базовим АЗФ маталоостеосинтезу (МОС) були апарати системи АО: стрижні-саморізи, карбонові стрижні, автоматичні фіксатори. Як правило, при переломах типу С2 та С3 для надійної та довготривалої фіксації уламків кісток у належному положенні базовий АЗФ був доукомплектований додатковими елементами від інших відомих АЗФ: «Нестеров», Ілізарова, Костюка, Амро. Черезкістковий остеосинтез нами застосовувався при закритій репозиції уламків без розтину м'яких тканин у 17 (33,3%) травмованих. З відкритою репозицією окремих уламків під візуальним контролем. В 11 (21,5%) травмованих зі складними переломами епіметафізу великогомілкової кістки застосовувався комбінований вид МОС. Був застосований передномедіальний доступ з частковою артротомією. Після санації порожнини суглоба з видаленням кров'яних згустків та дрібних кісткових уламків виконувалися

лась репозиція уламків з відновленням форми суглобової поверхні з подальшим МОС пластиною типу «клевер» або окремими гвинтами в комбінації із зовнішнім черезкістковим МОС АЗФ, що в подальшому забезпечувало стабільність зони перелому та максимальне розвантаження суглоба в ранньому післяопераційному періоді (8-9 тижнів).

Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування оцінені через 6-12 місяців після травми з використанням критеріїв відповідно до Наказу МОЗ №41 від 30.03.1994 р.

Слід зауважити, що відкрита репозиція кісткових уламків у комбінації з черезкістковим та накістковим (зануреним) МОС застосовувалися в найбільш складних внутрішньосуглобових переломах, при яких необхідна була прицезійна репозиція уламків з відновленням форми суглобової поверхні. Так, при переломах типу С2 та С3 такий варіант оперативного лікування був застосований у 19 (90,5%) з 21 пацієнта.

Розміри хірургічних доступів при відкритому черезкістковому остеосинтезі регламентувалися лише необхідністю візуального контролю репозиції уламків або введенням 1-2 гвинтів, тобто були мінімальними.

Серед ускладнень запалення м'яких тканин у місцях введення стрижнів спостерігалися у 5 (10%) травмованих, крайові некрози в ділянці операційних ран — у 3 (5,8%) пацієнтів. В усіх випадках ускладнення було ліквідовано безоперативно, місцевим лікуванням та без видалення елементів АЗФ. Зазначені ускладнення не вплинули на кінцевий результат лікування.

У всіх пацієнтів результати лікування оцінювалися як позитивні. При цьому у 38 (74,5%) травмованих результат лікування оцінений як добрий, а у 13 (25,5%) — задовільний.

Висновки

Черезкістковий металоостеосинтез за допомогою стрижневих апаратів зовнішньої фіксації є одним з ефективних методів лікування складних переломів дистальних сегментів кісток гомілки і повинен зайняти належне місце в системі спеціалізованої травматологічної допомоги травмованим.

Література

1. Переломы костей голени на уровне дистального эпиметафиза и их последствия, диагностика и лечение / Н.А.Корж, К.К.Романенко, Л.Д.Горидова, Д.В.Прозоровский // Травма. — 2011. — Т. 12, №2. — С. 6-10.
2. Современные подходы к лечению внутрисуставных переломов и переломовывихов в области голеностопного сустава аппаратами внешней фиксации / В.Н.Пастернак, В.Ю.Черныш, А.Я.Любка и др. — 2004. — №1. — С. 13-15.
3. Особенности переломов PILON и выбор рациональной методики лечения / А.Н.Побел, И.И.Труфанов, В.С.Гусак // Травма. — 2011. — Т. 12, № 4. — С. 136-140.
4. Возможности наружного чрезкостного остеосинтеза при лечении переломов дистального отдела костей голени // В.Ю.Черныш, А.Я.Лобко, В.Д.Приколота, В.Ю.Чернецкий, Ю.И.Павлишен // Травма. — 2012. — Т. 13, № 1. — С. 32-35.
5. Manual of internal Fixation / M.Muller, M.Allgower, R.Schneider, H.Willenegger. — Springer-Verlag, 1990. — 750 p.

Я.С.Кукуруз, В.А.Яловенко, А.А.Беспаленко, Б.А.Клишевич. Клинический опыт оперативного лечения дистальных переломов костей голени с применением аппаратов внешней фиксации. Киев, Украина.

Ключевые слова: дистальный отдел голени, переломы, лечение, чрезкостный остеосинтез, стержневой аппарат внешней фиксации.

В роботі освітлені варіанти підходу к оперативному ліченню переломів дистального відділа голени з використанням стержневих апаратів зовнішньої фіксації в комбінації і без лічення іншими методами остеосинтеза. Переломи розподілені в відповідності з міжнародною класифікацією АО. Приняті во увагу особливості будови даної анатомічної області, частота зустрічальності даного виду травми, а також неудовільнітельні результати лічення (до 30%). Оцінені власний клінічний досвід з використанням стержневих апаратів зовнішньої фіксації. Акцентовано увагу на складних внутрисуставних переломах типу Pilon. Авторами запропоновано метод лічення як один з оптимальних при травмі.

Ya.S.Kukuruz, V.A.Yalovenko, A.A.Bespalenko, B.A.Klishevich. Clinical experience of surgical treatment of distal tibia fractures using external fixation devices. Kyiv, Ukraine.

Key words: distal tibia fractures, treatment perosseous osteosynthesis, external fixation..

In this article some approaches of surgical treatment of distal tibia fractures with the use of bar external fixation devices in combination with, or without, other methods of fixation are overviewed. Fractures are classified according to the international classification of AO. The structural features of this anatomical area, the incidence of this type of injury, as well as poor outcomes are taken into account. Our own clinical experience with the use of bar external fixation devices is assessed. Special attention is paid to the type of complex fractures of the Pilon. Our observations suggest that this treatment is one of the best for this given injury.