

НЕОБХІДНІСТЬ ДОДАТКОВОЇ ФІКСАЦІЇ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ГОМІЛКИ

А.В. Калашніков, М.В. Малик, Ю.М. Літун, Ю.О. Ставінський,
К.В. Вдовіченко

ДУ «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» м.Київ, Україна

Мета дослідження. Переломи кісток гомілки часто виникають у похилому віці на тлі остеопорозу. Відсутність диференційованого підходу до вибору оптимальної методики хірургічного лікування при діафізарних переломах кісток гомілки на сьогоднішній день є суттєвою медико-соціальною проблемою. У літературі недостатньо висвітлені аргументи про доцільність фіксації малогомілкової кістки при остеосинтезі діафізарних переломів великогомілкової кістки.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних теоретичного обґрунтування і біомеханічного моделювання при різних варіантах фіксації діафізарних переломів обох кісток гомілки в трьох варіантах площі контакту уламків по лінії перелому 50, 25 і 0%. Фіксацію переломів моделювали в двох варіантах: фіксація тільки великогомілкової кістки, фіксація обох кісток гомілки за допомогою пластин з кутовою стабільністю гвинтів.

Результати та обговорення. Остеосинтез обох кісток гомілки не викликає істотних змін у напружено-деформівному стані цих кісток, у порівнянні з остеосинтезом тільки великогомілкової кістки, при всіх варіантах навантаження кінцівки. Але важливо, що додаткова фіксація малогомілкової кістки дозволяє зменшити величину переміщень його уламків, значно зменшити напругу (у 3 рази) в пластині, яка фіксує великогомілкову кістку. При нестабільних переломах великогомілкової кістки і в умовах остеопорозу, фіксацію малогомілкової кістки необхідно проводити як у середній, так і в нижній третині.

Принцип додаткової фіксації малогомілкової кістки застосований у лікуванні 229 пацієнтів при остеосинтезі переломів нижньої та середньої третини великогомілкової кістки. Задовільні результати оперативного лікування отримано в 198 (86,5%) пацієнтів.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ОСТЕОСИНТЕЗУ

А.В. Калашніков, К.В. Вдовіченко, Літун Ю.М., Ставінський Ю.О.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Завдання: проаналізувати результати лікування 74 хворих із закритими діафізарними переломами стегнової кістки з метою оцінки ефективності застосування сучасного блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу.

Матеріал роботи – 74 хворих з закритими діафізарними переломами стегнової кістки.



До *I групи* (дослідної) увійшло 47 хворих з ізольованими діафізарними переломами стегнової кістки, для лікування яких застосовували блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС). Серед них було 33 (70,2%) чоловіки і 14 (29,8%) жінок із середнім віком $40 \pm 15,7$ роки.

До *II групи* (порівняльної) увійшло 27 хворих з ізольованими діафізарними переломами стегнової кістки, для лікування яких застосовували традиційні технології остеосинтезу (апарати зовнішньої фіксації (АЗФ)); накістковий остеосинтез компресійними пластинами. Серед них було 16 (59,2%) чоловіків і 11 (40,8%) жінок із середнім віком $42,8 \pm 18,7$ років. Тяжкість пошкоджень оцінювали за класифікацією АО.

Хворим *I групи* було виконано БІОС канюльованими металевими стержнями, виробництва фірми ChM (Польща).

Усім 27 хворим *II групи* були виконані такі хірургічні втручання:

- металоостеосинтез (МОС) пластиною із гвинтами – 22 хворим;
- МОС АЗФ – 5 хворим.

Результати лікування простежені в строки від 6 міс. до 4 років після операції.

У хворих *I групи* *добрі* результати отримані у 43 (91,5%) хворих; *задовільні* – у 3 (6,4%) у зв'язку із порушенням функції прилеглих суглобів; *незадовільні* – в 1 (2,1%), що пов'язано із порушенням режиму лікування.

У хворих *II групи* *добрі* результати отримані у 22 (81,5%) хворих, *задовільні* – у 4 (14,8%), *незадовільні* – в 1 (3,7%).

Загальний термін непрацездатності у хворих *I групи* становив від 8,2 до 25,4 тижня, у середньому – $15,6 \pm 3,3$ тижня; у хворих *II групи* – від 15,7 до 37,5 тижнів, у середньому – $24,4 \pm 4,7$ тижні.

Середній строк перебування хворого у стаціонарі від операції до виписки: у *I групі* – $7,26 \pm 4,17$ доби; у *II групі* – $10,39 \pm 7,24$ діб.

Таким чином, лікування хворих з діафізарними переломами стегнової кістки із застосуванням БІОС дозволило скоротити період медичної та соціальної реабілітації на 8–10 тижнів, порівняно із застосуванням накісткових пластин й апаратів зовнішньої фіксації, а також дозволило покращити результати лікування, порівняно із традиційними методами (накістковий остеосинтез, АЗФ).

Висновки.

1. Застосування БІОС у хворих з діафізарними переломами стегнової кістки призвело до анатомо-функціонального відновлення кінцівки в оптимальні терміни в 91,5% хворих.

2. Використання БІОС дозволило підвищити ефективність лікування, а саме: збільшити на 10% кількість добрих результатів порівняно з традиційними методами лікування (накістковий остеосинтез, АЗФ).

3. Застосування сучасних малоінвазивних технологій дозволяє зменшити термін перебування хворого в стаціонарі, у середньому, на 3,5 доби.