



ОСОБЛИВОСТІ ДІАГОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ВИСОКОЕНЕРГІЙНИХ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙКИ СТЕГНА

Омельчук В.П., Омельчук І.В.

*ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет“
Кафедра травматології і ортопедії, м. Івано-Франківськ, Україна*

Високоенергійні медіальні переломи шийки стегнової кістки (МПШСК), за нашими даними, складають 5-7% від усіх медіальних переломів (S72.0); АО(31-B1.1–B3.3). Потерпілі (18 хворих), як правило, люди молодого та середнього віку, навіть підлітки, але зустрічаються і люди 50-річного віку ($33,6 \pm 16,4$ р.), більшість (12) складають особи чоловічої статі, які більш схильні до даних травм. Саме тому операцією вибору в них є мінімально інвазивний МОС трьома гвинтами під рентген ЕОП-контролем. На відміну від традиційних МПШСК при високоенергійних переломах нами відмічені загальноклінічні, біомеханічні, діагностично-лікувальні особливості. Загальноклінічні особливості обумовлені високоенергійним механізмом травми, як: ДТП, кінетична травма (падіння з велосипеда, при бігу), кататравма (падіння з драбини, даху, дерева тощо), про що часто свідчить не тільки механізм її отримання, а і локальний статус. Можливі поєднані пошкодження, множинні переломи, часто наявні забої тіла, садна, крововиливи. На стегні вони більш виражені на задній та медіальній поверхнях, де більш розвинені м'язові масиви. У зв'язку з цим при високоенергійних МПШСК частим є виникнення підфасціального, на стегні, та внутрішньосуглобового гіпертензійного синдромів з вираженими больовими проявами внаслідок гемартрозу із збереженою герметичністю капсули суглоба при переломі з добре збереженим кровопостачанням у молодому віці. Об'єктивізація величини гіпертензійного синдрому може бути забезпечена шляхом внутрісуглобової, внутрікісткової або підфасціальної тонометрії, виконаної, наприклад, розробленим нами приладом ВТ-1, з точністю до 1 мм вод. ст. або традиційними методами. У 14 хворих отримані підвищені показники внутрісуглобового тиску в межах 350-570 мм вод.ст., при пункції аспірується до 3-5 мл темної крові і больовий синдром відразу ж суттєво знижується. У 3 випадках через 1-2 дні, при вимушеному утриманні від операції за причин політравми, больовий синдром меншої інтенсивності відновлювався, тому була проведена друга пункція суглоба.

Високоенергійний характер травми часто приводить до наступної біомеханічної особливості, а саме складної лінії перелому з дефектом передньої або задньої стінки ШСК, інколи до утворення вільного уламку. Бувають випадки з „виколом“ кісткової тканини головки у вигляді „пірамідки“, направленої вершиною латерально. У таких випадках виникають суттєві труднощі в репозиції, яка часто не досягається репозиційними прийомами на ортопедичному столі, а потребує мануальної репозиції типу за Літбеттером з додатковими мануальними прийомами. Для профілактики післяопераційного гемартрозу, при виконанні МОС показана декомпресія порожнини суглоба, шляхом формування додаткового дренажного каналу з вертлюгової зони через задню поверхню ШСК (патент №61011) та застосування методики спрямованих внутрішньоепіфізарних течій у головці стегнової кістки для зменшення ризику післятравматичного ДДУ (патент № 51168, реєстр № 2/18/03, випуск 18-19).

Важливим є своєчасне видалення гвинтів із ШСК, можливо навіть до 1 року, через 8-10 міс., відразу ж після отримання рентгенологічних симптомів консо-

лідації, особливо в осіб 18–30-річного віку, оскільки внаслідок інтенсивного кісткоутворення виникає небезпека виникнення труднощів при їх видаленні, особливо, коли

потовщена різьбова частина гвинта входить у вертельну зону. Важливо дотримуватися спеціального реабілітаційного режиму з обмеженням фізичних навантажень на суглоб протягом 5-6 років, виконання контрольних рентгенограм через кожні 6-8 міс. у перші 3 роки та 1 раз у рік до 5-6 років після операції, застосування хондропротекторів різних форм. Хворі є фізично активні, часто схильні порушувати рекомендації, перевантажувати суглоб, що створює умови для розвитку пізніх форм післятравматичних ДДУ.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ ЦЕНТРУ ТРАВМИ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ

Павлішен Ю.І., Витвицький В.Б.

Хмельницька обласна лікарня, м.Хмельницький, Україна

Актуальність. Лікування переломів проксимального кінця головки променевої кістки є однією із найбільш проблемних задач сучасної травматології. Використання різних методик, без урахування характеру і тяжкості пошкодження, зазвичай, приводять до незадовільних результатів лікування.

У формуванні ліктьового суглоба беруть участь три кістки – плечова, ліктьова та променева. Доля аксіального навантаження, яку витримує променево-плечовий суглоб, складає 60%. Видалення пошкодженої головки променевої кістки призводить до перерозподілу навантаження на плечо-ліктьовий суглоб, перенапруження ліктьової колатеральної зв'язки і, у кінцевому результаті, до вальгусної нестабільності і остеоартрозу ліктьового суглоба. Наявність супутнього пошкодження зв'язочного апарату, наприклад, у результаті вивиху, значно збільшує ризик цих ускладнень. Відсутність головки променевої кістки в дорослих при наявності непошкодженої міжкісткової мембрани не призводить до виражених порушень співвідношення довжин ліктьової і променевої кісток, але негативно відбивається на біомеханіці ротаційних рухів. Більшість хворих з видаленою головою променевої кістки відчувають дискомфорт у дистальному променево-ліктьовому суглобі. За останнє десятиліття з'явилися роботи, у яких автори приводять недалекі і віддалені результати заміни видаленої головки променевої кістки моноблочними і біполярними імплантатами.

У теперішній час запропоновані різні методи остеосинтезу проксимального відділу головки променевої кістки. Незважаючи на це, у клінічній практиці найбільш часто застосовується резекція головки променевої кістки, що може викликати ряд ускладнень: вальгусна деформація, кісткові розростання навколо резекції, осифікати, остеоартроз тощо. Через це доцільно за можливістю зберігати головку променевої кістки, використовуючи різні методи остеосинтезу. При цьому дотримуватись основного принципу лікування – відновлення анатомії ліктьового суглоба.

Мета роботи. Проаналізувати результати надання первинної допомоги та визначення подальшого методу лікування перелому головки променевої кістки із