

МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ

Попсуйшакка А.К., Довгань С.Б.

Харьковская областная клиническая травматологическая больница

С конца прошлого века нарастающими темпами в детской травматологии развиваются методики оперативного лечения различных патологий. При этом весьма остро возникает вопрос применения металлических конструкций, так как методы МОС, применяемые у взрослых, не подходят детям младшего и среднего возраста. Наибольшее количество оперативных вмешательств, с применением металлических фиксаторов проводится в области локтевого сустава. Это связано с тем, что все образования, формирующие локтевой сустав, выполняют строго определенную функцию. И даже незначительные отклонения от заданной природой формы и направления, приводят к стойким ограничением роста, функции сустава и его деформации. Важную роль в функциональном восстановлении локтевого сустава играют окружающие его мягкотканые структуры - обеспечивающие подвижность и устойчивость конечности. Причины неудовлетворительных результатов при лечении чрезмыщелковых переломов плеча - сращение отломков со смещением и отсутствие анатомичного восстановления поврежденных мягкотканых структур. Чрезмыщелковые переломы плеча с большим смещением, сопровождающимся обширными разрывами мышц, являются абсолютными показаниями для проведения оперативного лечения. Оно заключается в рациональном доступе через поврежденные ткани, с возможностью их ревизии, выделения сосудисто-нервных пучков и зоны перелома. Устранении интерпозиции, анатомичном вправлении отломков, металлоостеосинтезе и послойном, по возможности, анатомичном восстановлении поврежденных мышц и сумочно-связочного аппарата. При синтезе данных повреждений применяют: иглы, спицы Киршнера, винты, пластины, аппарат Илизарова, стержневой аппарат. После изучения этих методов МОС, объемов вмешательств, конечных анатомических и функциональных результатов, мы отдали предпочтение фиксаторам, не требующим для их удаления повторных оперативных вмешательств. Эти конструкции не создают компрессии отломков, стабильность относительная, площадь контакта металла с костью минимальная. Отсутствует необходимость в повторной операции для удаления конструкций.

Сращение перелома в области мыщелка плеча у детей происходит за 2-3 недели. На этом сроке начинается активная разработка движений в локтевом суставе. Технически наиболее быстро и щадяще для всех тканей устанавливали спицы Киршнера. Варианты расположения спиц и их количества зависели от особенностей перелома. Наиболее часто проводили 3 спицы - две снаружи и одна с внутренней части мыщелка. При оскольчатых переломах использовали 4 и более спиц в разных направлениях, избегая проведения через локтевую и лучевую ямки. В 29 случаях использовали стержневой аппарат по наружной стороне с деротационной спицей через внутренний надмыщелок. Спица удалялась через 2 недели, аппарат демонтировался спустя 3-4 недели. Разработка в этом случае начиналась с первых дней после операции.

Выводы. Операция при чрезмыщелковом переломе у детей направлена на щадящее для костных и мягкотканых образований анатомичное восстановление.



Кратковременный, малоконтактный остеосинтез, не требующий повторных вмешательств при его удалении, обязательном анатомичном послойном восстановлении всех поврежденных мягкотканых образований, что способствует быстрому и качественному восстановлению функции локтевого сустава.

АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Пелипенко А.В., Павленко С.М., Баженов А.А., Гончаров А.В.,
Жигайлов С.С., Кувічка Д.О., Левус В.С., Соколка В.В., Щербань А.В.

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія",
курс травматології та ортопедії, Полтава, Україна
І міська клінічна лікарня, Полтава, Україна*

Актуальність. У зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення, а відповідно зі збільшенням кількості людей похилого та старечого віку, проблема лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки, як одного з «остеопоротичних» переломів, залишається однією з найбільш важливих медичних і соціальних проблем сучасності.

Складність лікування даного контингенту хворих полягає в значній мірі в наявності супутньої патології, що вимагає від лікаря індивідуального підходу до кожного клінічного випадку при виборі тактики лікування, фіксації, медикаментозної терапії, режиму реабілітаційного періоду.

Мета. Вивчити ефективність застосування різних методів металоостеосинтезу проксимального відділу стегнової кістки, які використовувались у клініці протягом 40 років.

Методи дослідження. Досліджено результати лікування 1512 хворих, для лікування яких у клініці виконували металоостеосинтез проксимального відділу стегнової кістки.

Усі хворі з переломами стегнової кістки в передопераційному періоді ретельно обстежені: огляд терапевта, консультації суміжними спеціалістами в залежності від супутньої патології, рентгенографія в стандартних проєкціях, електрокардіографія, стандартні лабораторні дослідження, останнім часом обов'язково УЗД судин нижніх кінцівок, денситометрія.

При оперативному втручанні використовувалися: пучок спиць, двох- і трилопастеві цвяхи, V-образні фіксатори, компресуючі гвинти (у тому числі з кісткової аутопластикию), ауто- і алотрансплантати, кутові, блокуючі, компресійні та динамічні пластини, блокуючі інтрамедулярні стержні, гамма-цвяхи, системи PFNA тощо.

Обговорення та результати. Використання фіксаторів вивчалось з позицій забезпечення абсолютно стабільної чи відносно стабільної фіксації. Аналізуючи ускладнення, які виникли на етапі лікування хворих з застосуванням різних фіксаторів, виявлені певні переваги однієї групи перед іншою.

Серед ускладнень, які виникали при застосуванні фіксаторів, які забезпечують відносну стабільність перелому, відзначені: міграція і злам, які можуть бути обумовлені біомеханікою фіксаторів (12), нестабільною фіксацією (44), недостатньою