

ТРАВМАТОЛОГІЯ

УДК 617.572./574+617.582)-001.5-008

В.О. Литовченко, Д.В. Власенко, Є.В. Гарячий*, В.Г. Власенко*

Харківський національний медичний університет

**КУОЗ «Обласна клінічна лікарня –*

*Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»,
м. Харків*

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

У статті представлений та обґрунтований спосіб остеосинтезу у постраждалих із переломами стегнової кістки в різних анатомо-функціональних утвореннях.

Ключові слова : інтрамедулярний блокуючий остеосинтез, множинні переломи, анатомо-функціональні утворення.

Лікування переломів стегнової кістки в різних анатомо-функціональних утвореннях і до сьогодні є надзвичайно актуальним. Ці пошкодження виникають у результаті прямої дії високоенергетичного механічного фактору та, за даними різних авторів, становлять від 6,6 до 29,8 % усіх переломів [2, 8]. Наявність двох та більше зон пошкодження в різних анатомо-функціональних утвореннях стегнової кістки (проксимальний відділ, діафіз, дистальний відділ) породжує вагання і нерішучість у виборі методів лікування, способів остеосинтезу, послідовності його виконання, а іноді навіть застосування гібридних методів (поєднання консервативних та оперативних методів лікування).

Консервативне лікування у таких пацієнтів застосовувалось в минулому сторіччі та мало суттєві недоліки, а саме тривалу іммобілізацію пошкодженої нижньої кінцівки та розвитком ригідності суглобів, недостатню репозицію відламків, неможливість керування дистальним фрагментом під гіпсом. Тривале вимушене положення хворого досить часто призводить до ускладнень (пневмонія, пролежні, тромбоемболія та ін.).

Традиційний накістковий та інтрамедулярний остеосинтез у відкритий спосіб недоцільний при таких пошкодженнях, оскільки використовуються великі доступи, що значно подовжує термін оперативного втручання, його травматичність, збільшується крововтрата, сама хірургічна технологія передбачає скелетування фрагментів та їх деваскуляризацію. Проте, з біологічної точки зору, надзвичайно важливим є збереження оптимального кровопостачання, як кістки, так і навколишніх тканин. Для цього слід застосувати щадну хірургічну техніку та спеціальні імпланти [1].

Система імплантів із кутовою стабільністю (LCP), де реалізована нова біомеханічна концепція внутрішнього фіксатора, малоінвазивна стабілізація переломів (LISS), малоконтактні PC-Fix фіксатори, інтрамедулярний остеосинтез блокованими цвяхами в закритий спосіб (PFN, DFN, PFN подовжений) та інші сучасні фіксатори дозволили уникнути таких недоліків [6, 7].

Проте значним дискусійним питанням в умовах сьогодення є застосування одного чи двох фіксаторів. Реостеосинтез автори вико-

© В.О. Литовченко, Д.В. Власенко, Є.В. Гарячий, В.Г. Власенко, 2012

нували при комбінації цвяха «Gamma» та пластилини в діафізарному відділі [8].

В.А. Соколов зі співавт. (2004) при переломах стегна в проксимальному та дистальному відділах здійснювали остеосинтез кутовою пластиною або проксимальним стегновим цвяхом PFN та виростковими пластинами дистального перелому. С.В. Сергєєв зі співавт. (2005) при переломах шийко-вертлюгової ділянки та діафіза стегна пропонують фіксацію реконструктивними цвяхами чи синтез спонгіозними гвинтами та блокованими цвяхами.

При складних багато уламкових переломах найбільш ефективний інтрамедулярний остеосинтез блокованими цвяхами стегнової кістки, на думку М.А. Суваляна (2002).

Незадовільність результатів лікування спонукала вчених до пошуку нових підходів до цієї наукової задачі, а саме до оптимізації способів атравматичного остеосинтезу, що забезпечують механічну стабільність стегна та зберігають кровозабезпечення кісткових відламків та самих осередків пошкодження.

Мета роботи – оптимізувати результати лікування постраждалих із множинними переломами стегнової кістки.

Матеріали і методи. Ми спостерігали за хворими у кількості 21 (постраждали з переломами стегнової кістки в різних анатомо-функціональних утвореннях) на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні та відділенні політравми Харківської обласної клінічної лікарні – Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з 2008 по 2012 рр. Ретроспективний аналіз результатів лікування 25 пацієнтів із множинними переломами стегнової кістки був проведений в Харківській міській лікарні швидкої медичної допомоги ім. проф. Мещанінова. Вік пацієнтів становив від 18 до 70 років, переважно чоловіки.

Хворих розподілили на дві групи:

I група – контрольна, складалася з хворих із множинними переломами стегнової кістки, яких лікували традиційними методами (25 осіб).

II група – основна складалася з пацієнтів із множинними переломами стегнової кістки,

яким виключно був виконаний інтрамедулярний блокуючий остеосинтез (21 хворий). При статистичній обробці встановлено, що міжгрупові відмінності за віком, статтю та тяжкістю пошкоджень, локалізацією зон пошкодження серед постраждалих контрольної і основної групи можна вважати випадковими, тобто групи досліджень були стандартизовані за віком і тяжкістю пошкоджень.

Остеосинтез здійснювали блокуючими стрижнями вітчизняного та закордонного виробництва. Радіологічний моніторинг здійснювали в терміни 1,5, 3 місяці та 1 рік.

Результати та їх обговорення. Результати були оцінені за системою С.Д. Тумяна (1983 р.) в нашій модифікації. Добрі результати були отримані у 86 % випадків, задовільні – у 14 %, незадовільних результатів отримано не було. Порівняно з контрольною групою, де добрі результати становили 56 %, задовільні – 26 %, не задовільні – 18 %.

Використання БІОС дозволяє покращити результати лікування хворих з множинними переломами стегнової кістки порівняно з традиційними методами лікування (накістковий остеосинтез, апарати зовнішньої фіксації, не блоковані стрижні). Суттєво відрізняється програма медичної і фізичної реабілітації таких постраждалих, що безпосередньо відбивається на якості життя. Пострадали, які оперовані за допомогою БІОС, в ранньому післяопераційному періоді, починаючи з другої доби здійснювали дозоване навантаження на оперовану кінцівку. Повне навантаження здійснювали в термін від 2 до 4 місяців залежно від рентгенологічних ознак зрощення.

Висновки

1. Запропонований блокуючий інтрамедулярний остеосинтез дозволяє за малоінвазивною технологією реалізувати принцип шинування кістки.

2. Якість життя в процесі реабілітації у таких хворих є оптимальною.

3. Використання інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу блокованими цвяхами дозволяє рано активізувати постраждалих, відновити рухи в суміжних суглобах практично в повному обсязі та уникнути розладів репаративного остеосинтезу.

Список літератури

1. Проблемы внедрения в практику малоинвазивного накостного остеосинтеза / Н. Л. Анкин, Т. М. Петрик, М. В. Грошовский [и др.] // Зб. наук. праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. — 2010. — С. 187.
2. Карасев А. Г. Чрезкостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с одновременными переломами бедра и голени / А. Г. Карасев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2005. — № 1. — С. 8–11.
3. Блокируемый остеосинтез при переломах длинных костей: опыт применения и результаты лечения / С. В. Сергеев, А. В. Джоджуа, Н. В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2005. — № 2. — С. 40–45.
4. Оправитное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой / В. А. Соколов, Е. И. Бялик, А. Т. Такиев [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2004. — № 1. — С. 20–26.
5. Сувалян М. А. Лечение оскольчатых диафизарных переломов бедренной кости методом закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза / М. А. Сувалян // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2002. — № 1. — С. 40–43.
6. Наш досвід лікування подвійних, потрійних та багатоуламкових переломів довгих трубчатих кісток / А. Й. Чеміріс, А. В. Кудієвський, В. С. Коженков [та ін.] // Зб. наук. праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. — 2010. — С. 199.
7. Neubauer Th. Система пластин с угловой стабильностью (LCP) – новый АО стандарт накостного остеосинтеза. / Th. Neubauer, M. Wagner, Ch. Hammerbauer // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2003. — № 3. — С. 27–35.
8. Cherkas-Zade D. Хирургическое лечение переломов дистального отдела бедренной кости с использованием системы LISS. / D. Cherkas-Zade, M. Monesi, A. Marcolini // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2003. — № 3. — С. 36–42.

В.А. Литовченко, Д.В. Власенко, Е.В. Гарячий, В.Г. Власенко

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

В статье представлен и обоснован способ остеосинтеза у пострадавших с переломами бедренной кости в разных анатомо-функциональных зонах.

Ключевые слова: интрамедуллярный блокирующий остеосинтез, множественные переломы, анатомо-функциональные зоны.

V.O. Litovchenko, D.V. Vlasenko, E.V. Garjachiy, V.G. Vlasenko

MODERN VIEW ON TREATMENT OF MULTIPLE FRACTURES OF A FEMUR

In article the way of an osteosynthesis at victims with femur crises in different anatomic-functional zones is presented and proved.

Key words: intramedullary locking osteosynthesis, multiple fractures, anatomic-functional zones.

Поступила 10.09.12