

УДК 616.748.2+616-001.5:616-089.165

© Ю.В. Лазаренко, 2011.

МОЖЛИВОСТІ В ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЗАКРИТИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Ю.В. Лазаренко

Клініка невідкладної хірургії та ушкоджень Військового – медичного клінічного центру Центрального регіону

POSSIBILITIES IN THE OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH THE CLOSED BREAK OF DISTANT SECTION OF THIGHBONE

Y.V. Lazarenko

SUMMARY

The article deals with the experience of the clinical application of osteosynthesis using intramedullary locked nail and LCP compression-locking systems in patients with distal femoral fractures. There are results of treating 35 patients, who were operated with the use of the above technique of the internal fixing. It is shown that osteosynthesis with this metal fixing systems made it possible to obtain only positive results of the treatment, to achieve the consolidation of the fractures in optimal terms. That leads to early social and domestic adaptation of the patients.

ВОЗМОЖНОСТИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ю.В. Лазаренко

РЕЗЮМЕ

В статье отображен опыт клинического применения остеосинтеза с использованием интрамедуллярного блокируемого стержня и компрессионно-блокируемых систем LCP у больных с переломами дистального отдела бедренной кости. Представлены результаты лечения 35 пациентов с использованием данных методик внутренней фиксации. Использование этих металлофиксаторов позволило получить только положительные результаты лечения, добиться сращения переломов в оптимальные сроки и способствовать более ранней социальной и бытовой адаптации пациентов.

Ключові слова: переломи дистального відділу стегнової кістки, інтрамедулярний блокований стержень, пластина з кутовою стабільністю.

Проблема лікування переломів дистального відділу стегнової кістки залишається сьогодні актуальною в зв'язку з постійним збільшенням частоти та важкості переломів даної локалізації та високою питомою вагою ускладнень в процесі їх лікування. Переломи даної локалізації складають 6-8% від усіх переломів стегнової кістки. Серед усіх переломів ділянки колінного суглобу переломи дистального відділу стегнової кістки складають 9,5%. При політраумі питома вага переломів дистального стегна суттєво збільшується та сягає 15,1% від переломів стегнової кістки. Ці пошкодження частіше зустрічаються у осіб молодого працездатного віку в наслідок високоенергетичної травми.

Існує декілька класифікацій переломів дистального відділу стегнової кістки. Розрізняють переломи над виросткові та через виросткові, які, в свою чергу поділяють на Т- або Y-подібні; виділяють також ізольований перелом виростку. В теперішній час частіше

використовують класифікацію АО, яка забезпечує можливість анатомічної характеристики пошкодження, вказує на важкість перелому та можливий прогноз, дозволяє визначити можливі варіанти лікування для визначеного типу перелому.

Для лікування пацієнтів з переломами дистального відділу стегнової кістки розроблено велику кількість імплантів, серед них частіше використовуються виросткова клинкова пластина 95°, динамічний виростковий гвинт, опорні виросткові пластини.

При виборі методу лікування, хірургічного доступу та способу фіксації фрагментів хірургу необхідно приймати до уваги усі особливості локального та загально соматичного статусу конкретного пацієнта. Фіксація фрагментів повинна з одного боку, дозволити ранне безболісне функціональне навантаження кінцівки, а з іншого бути адекватною протягом усього періоду, необхідного для формування повноцінного кісткового регенерату в зоні перелому.

Вибір імплантантів при лікуванні переломів дистального відділу стегнової кістки стоїть між накістковими, інтрамедулярними та поза вогнищевими видами остеосинтезу.

Традиційна накісткова пластина (системи DCP – dynamic compression plate) не може забезпечити достатню стабільність в системах «кістка-кістка» й «кістка – імплантат» та протидіяти зміщуючим силам різних напрямлень в умовах локального остеопорозу.

При усіх перевагах апарати зовнішньої фіксації мають наступні недоліки велика вага конструкції та не комфортність для пацієнтів. Місця введення фіксаторів є вхідними воротами інфекції, зберігається можливість запалення м'язких тканин навколо них, формуються стійкі контрактури колінного суглобу. Апарати зовнішньої фіксації потребують постійного лікарського контролю в післяопераційному лікуванні, відповідальне відношення пацієнта.

Переваги інтрамедулярного блокованого остеосинтезу перед іншими методами лікування переломів дистального відділу стегнової кістки: мала інвазивність (незначні пошкодження м'язких та кісткових тканин), без порушення параосального кровотоку, мінімізація ятрогенних пошкоджень на усі кінематичні структури, відсутність необхідності в післяопераційному періоді додаткової іммобілізації, що створює умови для раннього функціонального навантаження.

Розвиток філософії накісткового остеосинтезу привів до появи фіксаторів нового покоління – пластини LCP (Locking – Compression Plate). Пластина характеризується поєднанням переваг традиційної DCP з посиленою стабільністю в системі «кістка – імплантат», що забезпечується блокуванням головок гвинтів в отворах пластини. Дизайн пластини та гвинтів дозволяє фіксатору краще протидіяти кутовим деформуючим навантаженням, що особливо важливо при остеопорозі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням з 2007 року знаходилось 35 постраждалих з переломами дистального відділу стегнової кістки, яким були виконані оперативні втручання з приводу даного пошкодження з використання інтрамедулярного блокованого остеосинтезу та LCP – пластин. Чоловіків було 21 (58%), жінок -14 (42%). Середній вік постраждалих 44 роки (від 25 до 86 років). У 17 випадках травми були отримані внаслідок ДТП, у 18 випадках носили побутовий характер.

В залежності від типу перелому за класифікацією АО/ASIF хворі були розділені на три групи. В першу групи ввійшли пацієнти з діафізарними переломами нижньої третини стегнової кістки тип 33А – 19, другу групу склали хворі з переломами тип 33В – 10, до третьої групи увійшли хворі з внутрішньо суглобовими переломами тип 33С – 6.

У (84%) випадків гострої травми остеосинтез

здійснювали при її закритому характері. Термін виконання оперативного втручання становив 6-30 діб з моменту отримання травми. В одному випадку операцію було здійснено після відкритого перелому стегнової кістки III ст. з кістковим дефектом розміром до 2см, дефектом шкіри по окружності. Операцію було виконано через 2,5 місяці після первинної стабілізації АЗФ та загоєння шкіри. Також було виконано операцію двом пацієнткам з рефрактурою стегнової кістки та попереднім невдалим лікуванням – пластиною DCP.

Всі операції виконано під загальною або спинномозковою анестезією. Після остаточної фіксації якості її виконання обов'язково підтверджували рентгенконтролем у стандартних передньозадній та бічній проекціях.

Після оперативного втручання зовнішню іммобілізацію не використовували жодного разу. З 2-го дня починали активні та пасивні рухи в суглобах оперованої кінцівки. Ходьбу за допомогою милиць дозволяли в найближчі дні після операції, термін часткового вагового навантаження ураженої кінцівки визначали індивідуально відповідно до картини динамічного рентгенконтролю.

Ранні результати лікування простежено та оцінено за результатами клінічного, функціонального та рентгенологічного досліджень за трибальною шкалою (хороші, задовільні, незадовільні) в основу покладені стандарти, що затверджені наказом №41 МОЗ України від 30.03.1994 р.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Післяопераційних ускладнень інфекційного характеру ми не спостерігали. Середній ліжок – день після інтрамедулярного блокованого остеосинтезу та LCP – пластин складав 8,1 день. Працездатність пацієнтів в середньому відновлена через 5 місяців. Проведена нами оцінка ранніх результатів лікування хворих з переломами дистального відділу стегнової кістки в терміни 4-12 місяців після операції показала, що у всіх вони були позитивними (хороші у 29 пацієнтів, задовільні – у 6), розладів репаративного остеогенезу нами не виявлено. Суб'єктивно – всі пацієнти результатом лікування задоволені.

Можливість раннього дозованого навантаження на уражену кінцівку дозволяє швидко відновити її опороздатність, що сприяє ранній побутовій та соціальній адаптації хворого та дозволяє відновити його працездатність.

ВИСНОВКИ

1. Використані нами фіксуючі конструкції та інструменти показали свою високу ефективність та можливість їх застосування при лікуванні хворих з переломами дистального відділу стегнової кістки.

2. Застосування інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу та систем LCP потребує принципово нового мислення від оперуючого хірурга, повного

розуміння біомеханічних принципів фіксації відламків та біології загоєння перелому.

3. Використання даних методик для лікування переломів дистального відділу стегнової кістки та їх наслідків дозволило отримати в усіх хворих позитивні ранні результати, що скоротило загальні строки лікування, сприяло більш ранній соціальній та побутовій адаптації хворих і дозволило відновити їх працездатність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н. Травматология (европейские стандарты)/Л.Н. Анкин, М.Л. Анкин. – Москва, 2005 – 495 с.
2. Васюк В.Л. Нові технології мінімально-та малоінвазивного остеосинтезу в лікуванні довгих кісток // Актуальні питання сучасної ортопедії та травматології (85 років ІТО АМНУ). – 14-21 травня 2004. – м.Київ. – С. 32 – 41.
3. Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии / С.Г. Гиршин. – Москва 2004 – 543 с.
4. Миренков К.В., Гацак В.С., Мелашенко С.А. Остеосинтез при внутрисуставных переломах мыщелков коленного сустава // Научно-практическая конференция с международным участием. Сборник научных трудов. – Харьков, 2003. – С. 218 – 220.
5. Соколов В.А., Бялик Е.И., Такиев А.Т., Бояринова О.И. Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2004. – № 1. – С. 58 – 60.
6. Kumar A., Jasani V., Butt M.S. Management of distal femoral fracture in the elderly patients using retrograde titanium supracondylar nails // Injury. – 2000. – № 31. – P. 169 – 173.
7. Ruedi N.P. AO principles of fracture management/ T.P. Ruedi, R.E. Buckley. – Thieme, 2007. – 947p.
8. Saw A., Lau CP. Supracondylar nailing for difficult distal femur fractures // Journal of Orthopaedic Surgery. – 2003. – № 11(2). – P. 144 – 147.
9. Wagner M. General principles for the clinical use of the LCP / M. Wagner // Injury. – 2003. – Vol. 34, Suppl. 2.