

УДК 616.717.4/.6-001.5-089.227.84-053.2

ЕЛАСТИЧНО СТАБІЛЬНИЙ ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ НЕЙЛІНГ ГНУЧКИМИ СТРИЖНЯМИ ChM В ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ

Бідула С. В., Христенко Ю. О., Ларін О. О.

Київська міська дитяча клінічна лікарня №2, м. Київ

У наш час метод еластично стабільного інтрамедулярного нейлінгу залишається методом вибору при лікуванні дітей з діафізарними переломами кісток.

Мета: оптимізувати лікування дітей з діафізарними переломами довгих трубчатих кісток шляхом упровадження в клінічну практику малоінвазивних технологій остеосинтезу.

Матеріали і методи. У період з 2015 по 2018 роки на базі травматологічного відділення Київської міської дитячої клінічної лікарні №2, з використанням технології еластично стабільного інтрамедулярного нейлінгу гнучкими стрижнями ChM проліковано 264 дитини у віці від 3 до 15 років з діафізарними переломами різної локалізації. У структурі травми переломи ключиці склали 17,5%, плечової кістки - 8,2%, кісток передпліччя - 60,8%, стегнової кістки - 8,2%, переломи кісток гомілки - 5,2%.

Непряма репозиція відламків досягнута у 87% випадків, у 13% проводилась пряма репозиція відламків.

У 4,5% випадків отримано клінічно значимі післяопераційні ускладнення: у 3 випадках синтезу шийки променевої кістки відмічалась поява гетеротопічних осифікатів, у 4 випадках відмічалось сповільнення консолидації, а в 2 повне незрощення ліктьової кістки, у 3 випадках відмічався інтрамедулярний злам гнучкого стрижня.

Результати. При застосуванні технології еластично стабільного інтрамедулярного нейлінгу додаткова іммобілізація застосовувалась при переломах стегна у вигляді деротаційного чобітка терміном на 14-21 діб. Активні рухи в суміжних суглобах дозволялися в перші дні післяопераційного періоду.

Висновки. Застосування технології еластично стабільного інтрамедулярного нейлінгу гнучкими стрижнями ChM є перспективною та високотехнологією методикою лікування діафізарних переломів у дітей, що дозволяє значно скоротити строки лікування, реабілітації та соціальної адаптації травмованих дітей. Застосування даної методики має гарний функціональний та косметичний ефект, проте має певні обмеження, що необхідно враховувати при виборі методу синтезу.

УДК 616.718.71-001-07-08

СТРУКТУРА ДІАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАРАННОЙ КОСТИ

Бодня А. И.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с переломами и переломо-вывихами таранной кости путем оптимизации структуры обследования и выбора тактики оперативных вмешательств.



Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за последние 5 лет находилось 19 пациентов с переломами таранной кости трудоспособного возраста, от 23 до 58 лет. Первичное обращение пострадавших с момента получения травмы составило от 1 до 3 суток. Алгоритм полного ортопедического обследования включал оценку клинических и лучевых методов исследования. Выясняли механизм и обстоятельства травмы, уточняли жалобы пациента, при осмотре определяли положение стопы, наличие деформации, состояние кожных покровов (отек, кровоизлияния) и степень ишемии мягких тканей (фликтены). При пальпации обращали внимание на характер и локализацию болей. Определяли также объем движений в суставах травмированной стопы. Рентгенологические исследования проводили в стандартных проекциях (включая проекцию Canale), которые не всегда были информативны. В этих случаях компьютерная томография (КТ), выполненная во фронтальной и горизонтальной плоскостях, позволила достоверно оценить характер и тяжесть повреждений таранной кости.

При диагностике переломов данной локализации использовали модифицированную нами классификацию, предложенную Marti & Veber (1978), согласно которой переломы тип I составили 3(15,79%) наблюдений, тип II – 5(26,32%), тип III – 9(47,36%), тип IV – 2(10,53%). Во всех случаях повреждения носили односторонний характер: у 13(68,42%) больных они являлись изолированными, отмечены в составе политравмы – у 4(21,05%), открытыми повреждения были у 2 пострадавших (10,53%). Из 19 больных прооперированы 14(73,68%). Нами использован комплексный подход, включающий проведение оперативных вмешательств, в основном, в первые сутки после поступления у пациентов с переломами тип III и IV, у остальных – в сроки до 3 суток, с последующей оптимальной реабилитацией, назначении сосудистой и реотропной терапии в послеоперационном периоде. Производили открытую репозицию таранной кости с внутрикостным остеосинтезом винтами системы АО либо их комбинации со спицами, используя известные стандартные доступы. При открытых переломах применяли фиксацию аппаратом внешней фиксации после ПХО, открытой репозиции и транскутанной фиксации отломков таранной кости спицами Киршнера.

Результаты исследования. Исходы лечения изучены в сроки от 1 до 3 лет после травмы у 10 пациентов. У всех обследованных отмечено заживление послеоперационных ран без осложнений, достигнуто сращение, подтвержденное на рентгенограммах и КТ через 12 недель, восстановлены опорная функция конечности и движения в голеностопном суставе. Таким образом, в 8 случаях (80%) получены положительные анатомо-функциональные результаты ($93,5 \pm 0,8$ балла по AOFAS). У 2 (20%) больных отмечены рентгенологические признаки асептического некроза без протрузии блока таранной кости, при этом клинически болевой синдром был незначительным.

Анализируя результаты лечения, мы отметили, что разработанный нами алгоритм обследования больных с переломами и переломо-вывихами таранной кости существенно повлиял на выбор лечебной тактики. Хирургические вмешательства в первые часы после травмы, их объем и оптимальный доступ, а также качество репозиции и остеосинтеза напрямую создают условия для компенсации кровообращения в раннем посттравматическом периоде, приводя к снижению частоты развития аваскулярных некрозов таранной кости.

Выводы. Своевременная диагностика, знание сосудистой анатомии, активная хирургическая тактика, которая зависит от времени оперативного лечения, его объема и точности репозиции, позволяют добиться положительных результатов в лечении повреждений таранной кости.