

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО–СУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЯ

Курінний І.М., Страфун О.С.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії», Україна, м.Київ

Розробка ефективних способів хірургічного лікування та реабілітації внутрішньо-суглобових переломів ліктя вкрай актуальна у зв'язку із значним відсотком ускладнень та незадовільних результатів лікування.

Проведено аналіз хірургічного лікування 124 хворих з внутрішньо-суглобових переломів дистального мета-епіфіза плечової кістки та проксимальних епіфізів ліктьової та променевої кісток та їх наслідками. Середній вік хворих складав $37 \pm 4,1$ років, чоловіків було 49, жінок – 75. Термін поступлення в стаціонар після травми становив – $4,1 \pm 5,2$ міс.

Хворі були розподілені на дві групи: 1 група (48 – 38,7%) звернення та початок лікування у відносно ранні терміни після травми – через 1-5 тижнів; 2 група (76 – 61,3%) – хворі, які були прооперовані у строки більше 1,5 міс після травми.

Хворі 2 групи на попередніх етапах проходили консервативне та хірургічне лікування в різних ортопедо-травматологічних закладах України.

У випадку наслідків переломів із зміщенням уламків виконували відкриту репозицію фрагментів та остеосинтез. Останні роки для остеосинтезу застосовуємо пластинки та гвинти адаптовані для певної локалізації перелому.

При за давних наслідках травм при незрощеннях несправжніх суглобах обов'язково застосовували кісткову пластику та остеосинтез пластинками і гвинтами з кутовою стабільністю.

При неправильних зрощеннях виконували корегувальні остеотомію, кісткову пластику та остеосинтез.

Як правило, повторна операція у цих пацієнтів крім видалення фіксаторів включала і мобілізацію ліктьового суглоба.

У 9 хворих з наслідками тяжкої травми ліктя (значна деформація суглобових поверхонь, дефекти суглобових поверхонь, фіброзні або кісткові анкілози) – виконували ендопротезування ліктьового суглоба.

У 3-х випадках наслідків травм голівки променевої кістки виконали ендопротезування голівки променевої кістки.

У всіх пацієнтів з перших діб після операції застосовували реабілітаційну програму, яка передбачає як іммобілізацію, так і ранні рухи у ліктьовому суглобі. Зазначена програма включає 3 періоди, які передбачають різний сутінь навантаження на ліктьовий суглоб. Важливим моментом є постійний контроль за достатнім виконанням пацієнтом реабілітаційних заходів.

Оцінку результатів лікування проводили за системою Mayo Elbow Performance Score (MEPS). При оцінці відділених результатів лікування встановлено, що у пацієнтів 1 групи у 79,2% (38) результати оцінені як відмінні та гарні, у 20,8% (10) - задовільні. У пацієнтів 2 групи відмінні та гарні результати отримані у 65,8% (50) випадків, задовільні – у 31,6% (24), незадовільні – 2,6% (2) випадків.

Основними причинами погіршення результатів лікування у пацієнтів 1 групи була тяжка травма та неможливість проведення повноцінної реабілітаційної програми. У пацієнтів 2 групи основним причинами погіршення результатів лікування був тяжкий вихідний стан хворого, що було обумовлено не стільки тяжкою травмою, а у більшій мірі, дефектами хірургічного лікування та відсутністю реабілітаційних програм.