

НЕОБХІДНІСТЬ ФІКСАЦІЇ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ ОДНОРІВНЕВИХ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ГОМІЛКИ

Калашніков А.В., Літун Ю.М., Ставінський Ю.О.

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

Ключові слова. Діафізарні переломи, кістки гомілки, малогомілкорова кістка.

Вступ. Діафізарні переломи кісток гомілки за частотою посідають перше місце серед переломів довгих кісток. Консервативне лікування закритих стабільних переломів допускає вкорочення до 10 мм та кутову деформацію до 5°. Як правило більшість хірургів, віддають перевагу оперативному лікуванню, попереджуючи контрактури, незрощення, деформації, а також можливість розпочати раннє відновне лікування та реабілітацію. Інтрамедулярний остеосинтез є золотим стандартом лікування діафізарних переломів. Незважаючи на ряд переваг даного методу частота розладів репаративного остеогенезу варіює від 5% до 33%.

Актуальним залишається ряд питань – яку роль у стабільності однорівневих переломів відіграє ушкоджена чи інтактна МГК?

Мета – вивчити вплив додаткової фіксації малогомілкової кістки на результати лікування діафізарних переломів обох кісток гомілки.

Матеріали та методи. Ретроспективно вивчено результати лікування 53 пацієнтів з діафізарними переломами кісток гомілки (42 АО/ASIF), які знаходилися на лікуванні в клініці інституту. Включені пацієнти в дослідження, були розділені на 2 групи. В дослідну групу, де була виконана додаткова фіксація МГК, увійшло 24 постраждалих (чоловіки – 22 і жінки – 2). Контрольну групу склали 29 пацієнтів (чоловіки – 23 та жінок – 6), де виконувався тільки остеосинтез ВГК. За механізмом та характером ушкодження в обох групах перевищувала високоенергетична травма (58,3% у дослідній групі і 41,4% у контрольній групі). Відкриті переломи – 11 осіб (45,8%) у I групі та 17 пацієнтів (58,6%) у II групі.

Результати. Протягом всього періоду спостереження в дослідній групі не було жодного випадку втрати репозиції чи кутової/ротаційної дислокації. На відміну від дослідної групи у контрольній було констатовано втрату репозиції з наступним невірним зрощенням у 4

пацієнтів (15,3%). В 3 випадках – вальгусна, 1 випадку – багатоплощинна деформація гомілки.

У одного пацієнта (4,3%) дослідної групи та у двох пацієнтів (7,6%) контрольної, які мали відкритий перелом типу IIIA за Gustilo and Anderson, розвинулася поверхнева інфекція м'яких тканин, яку вдалося купіювати консервативно. Сповільнена консолидація відмічена у 1 пацієнта дослідної та 5 постраждалих контрольної групи. В 3 випадках (11,5%) контрольної групи визначено оліготрофічне незрощення (2 випадки відкритих переломів), що потребувало повторного оперативного втручання. В одному випадку проведений реостеосинтез з кістковою пластикою, в інших двох спостереженнях – динамізація БІОС.

Висновки. Остеосинтез малогомілкової кістки при діафізарних переломах кісток гомілки підвищує механічну стабільність фіксації, покращує якість репозиції, попереджує можливу вальгусну/варусну, ротаційну деформацію.

Для зменшення відсотка ускладнень при додатковій фіксації малогомілкової кістки слід врахувати характер травми та стан м'яких тканин, термінів виконання втручання, ретельного передопераційного планування із застосуванням малотравматичних методик.