

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІОП (МІНІМАЛЬНОІНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЛАСТИНАМИ) ПРИ МЕТАДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ В/ГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Шимон В.М., Шимон М.В., Шерегій А.А., Литвак В.В., Стойка В.В.

Ужгородський Національний Університет, медичний факультет, кафедра загальної хірургії з курсами травматології та ортопедії оперативної хірургії та судової медицини

Актуальність. Лікування діафізарних переломів кісток гомілки є однією з найбільш актуальних проблем сучасної травматології. Питома вага діафізарних переломів кісток гомілки становить 17 % всіх переломів опорно-рухового апарату. Інфекційні ускладнення при оперативному лікуванні переломів кісток гомілки становить 16-35%, неконсолідовані переломи та псевдоартрози — 25-58%. Значний відсоток ускладнень інфекційно-запального характеру з боку післяопераційних ран та репаративного остеогенезу у вигляді затримки консолідації та не консолідації переломів змусив науковців до перегляду раніше домінуючої механічної концепції остеосинтезу. Останнім часом все більше уваги приділяється біологічним аспектам остеосинтезу в основі якого є мінімальна травматизація тканин у зоні перелому, мінімізація ятрогенної деваскуляризації ушкодженої кінцівки за рахунок мінімально-інвазивних доступів та субм'язулярного введення пластини.

Мета. Аналіз результатів лікування метадіафізарних переломів в/гомілкової кістки з використанням техніки МІОП.

Матеріали та методи. В травматологічному відділенні ЗОКЛ ім. А.Новака за період з 2013 по 2015 роки нами було проліковано 23 хворих з метадіафізарними переломами кісток гомілки. В доопераційному періоді проводилась оцінка стану м'яких тканин (наявність фліктен та набряку) та планування етапів оперативного втручання на основі даних рентгенограм та комп'ютерної томографії. Всім пацієнтам, яким було виконано оперативне втручання, за 12 годин до операції вводили підшкірно низькомолекулярні гепарини(клексан, фраксипарин, фрагмін) і продовжували профілактичну терапію курсом № 10 – по 1 мл. 1 раз на добу. Оперативні втручання проводились під провідниковою анестезією (спинномозкова, рідше епідуральна). Всі оперативні втручання проводились під контролем електронно-оптичного перетворювача. Основним завданням остеосинтезу була стабілізація кісткових відламків в анатомічно правильному положенні в максимально ранні терміни після надходження хворих у стаціонар з подальшою активізацією їх у післяопераційному періоді. Відсутність гіпсової іммобілізації в післяопераційному періоді дозволила проводити ранню розробку рухів в суміжних суглобах.

Результати. Відмінний результат лікування у вигляді повного зрощення перелому та відновлення працездатності було отримано у 14 хворих, у 6 хворих отримано добрі результати та у 3 хворих задовільний результат лікування у зв'язку зі сповільненою консолідацією перелому.

Висновки. Використання техніки МІОП в лікуванні метадіафізарних переломів в/гомілкової кістки дозволяє поєднувати принципи механічного (відновлення вісі, довжини, ротації) та біологічного остеосинтезу(збереження кровопостачання в місці перелому за рахунок доступу та субм'язулярного введення пластин).