

НАШ ДОСВІД ОСТЕОСИНТЕЗУ УСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ І ПСЕВДОАРТРОЗІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Білінський П.І.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

При незадовільних результатах лікування переломів шийки стегнової кістки(ПШСК), переважно після остеосинтезу традиційно проводиться ендопротезування кульшового суглобу(ЕКС). На практиці ЕКС здійснюють навіть пацієнтам до 40 років. Останнім часом практично відсутні публікації про альтернативні методики лікування псевдоартрозів шийки стегнової кістки(ПАШСК). Зокрема дуже рідко чомусь застосовуються різноманітні кісткові пластики. Тому актуальною є потреба у розробці біомеханічно обгрунтованого фіксатора для ПШСК і ефективної методики його застосування.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих з ускладненими ПШСК за допомогою малоконтактного багатопощинного остеосинтезу і кісткової пластики.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано 45 випадки незадовільного застосування традиційних фіксаторів при ПШСК. Аналізувалась залежність результатів лікування від якості репозиції відламків, травматичності оперативного втручання, початку і величини дозованого і повного навантаження, їх вплив на зрощення фрагментів. Вивчалась величина резорбції фрагментів в зоні контакту залежно від конструктивних особливостей фіксатора. При застосуванні алло і ауто трансплантатів відстежувалась динаміка перебігу репаративної регенерації при різних станах кістки.

Остеосинтез ПШСК здійснювався пристроєм для остеосинтезу переломів проксимального відділу стегна (ПОППВС – пат. України № 22283). Конструкція має фігурний Т-подібний стержень, який фіксується у короткій пластині із наскрізним пазом. До останньої крім цього кріпиться півкільце, яке забезпечує двопощинну стабілізацію пластини на СК. Тподібний стержень мінімально травмує фрагменти, його ширина становить 9 міліметрів. Стержень має вертикальну полицю, що надає йому деротаційний ефект при мінімальному об'ємі металу. Розроблений нами ПОППВС забезпечує самокомпресійний ефект фрагментів шийки СК, мінімально травмує їх, дозволяє провести у шийку вище фігурного стержня аллотрансплантант або при потребі - деротаційний гвинт. При анатомічній репозиції, правильному веденні післяопераційного періоду він забезпечує кращі умови для перебігу репаративної регенерації(РР). Для збереження цілісності фрагментів, припинення подальшої їх руйнації при поступленні хворого в стаціонар накладається скелетне витяжіння із вагою по осі стегна 4-6 кілограмів. У районних лікарнях, при доброму вправленні фрагментів методом скелетного витяжіння відламки можна фіксувати 2-3 спицями Ілізарова довжиною 18 -20 сантиметрів проведеними через підвертлюгову ділянку. Це проводиться в день операції. Здійснюється Rh контроль. При правильному проведенні хоча б однієї спиці, дві спиці видаляють. Паралельно правильно проведеної спиці проводять другу спицю. Закрита репозиція і фіксація фрагментів значно спрощує проведення оперативного втручання, дозволяє здійснити його в умовах ЦРЛ без ортопедичного стола і апарата ЕОП.

Запропонований нами ПОППВС з позитивним результатом використаний в 197 пацієнтів із медіальними ПШСК із них у 24 випадках при ПАШСК.

Результати і обговорення. Результати лікування ПШСК залежить від багатьох факторів.

При наявності ортопедичного стола і апарата ЕОП практично любе зміщення фрагментів при ПШСК можна усунути. Для чого спочатку проводимо тракцію по довжині і при потребі відведення кінцівки до 5°. Після чого проводимо внутрішню ротацію кінцівки до упору. При цьому ступня переважно доводиться до горизонтального положення і фіксується, проводиться Rh контроль. Після вдало проведеної репозиції і рентгенологічного контролю здійснюється операційний доступ довжиною 5-7 сантиметрів у підвертлюговій

ділянці. У шийку СК проводяться 2 направляючі спиці, здійснюється повторний Rh контроль у 2-х проекціях.

При правильному проведенні спиці по дузі Адамса каналним свердлом висвердлюється канал, в який вводиться Т- подібний стержень. Він стабілізується болтом і в пазі короткої накладної пластини із півкільцем, це забезпечує стабільну фіксацію фрагментів. Після вдалої репозиції відламків додаткова фіксація їх спонгіозним гвинтом не потрібна. При потребі допускається введення такого гвинта в субхондральну зону. Це не призводить до погіршення результатів лікування.

Кращі результати забезпечує кортикальний аллотрансплантат. Він виконує стимулюючу і замісну функцію, що особливо важливо при дефектах шийки СК, остеопорозі, цукровому діабеті. У складних випадках ми використовуємо аутогенний трансплантат довжиною до 5-6 сантиметрів із велико- гомілкової кістки. Це достатньо для перекриття лінії перелому. У 6 пацієнтів аутогенний трансплантат взято із підвертлюгової ділянки СК. Така методика не травмує гомілку, вкорочує тривалість оперативного втручання. При цьому для перекриття ослабленої ділянки СК застосовуємо довшу накладну пластину. Кортикальна аутопластика є методом вибору, дозволяє добитись позитивного результату при кісткових дефектах, відсутності анатомічної репозиції відламків, остеопорозі, цукровому діабеті і інших проблемних ситуаціях.

Безуспішна репозиція, застарілі ПШСК, а також ПАШСК є показанням до відкритої репозиції фрагментів, остеосинтезу ПОППВС, кісткової аутопластики. Здійснюємо передньо-боковий дугоподібний доступ 10 сантиметрів вище великого вертлюга і до низу 10 сантиметрів. Проходимо між натягувачем широкої фасції стегна і середнім сідничними м'язами пошарово по СК спереду великого вертлюга доходимо до капсули суглоба. Перев'язуємо невеликі судини, які проходять поперечно до м'язів. Т-подібно вскриваємо капсулу суглоба. Здійснюємо відкриту репозицію фрагментів, усуваємо інтерпозицію, рубцевозмінені тканини. Під контролем зору через підвертлюгову ділянку у шийку СК по дузі Адамса проводимо паралельно дві спиці. Здійснюємо Rh контроль. При потребі спиці перепроводять. У випадку правильного проведення спиць, по нижній каналним свердлом засвердлюється канал до 7-9 сантиметрів довжиною під фігурний стержень. Залежно від потреби вище стержня паралельно до нього в шийку СК вводиться спонгіозний гвинт або кортикальний аутогенний трансплантат довжиною 5-6 сантиметрів, щоб перекрити лінію перелому. Для стимуляції репаративної регенерації при ПАШСК між фрагменти поміщають кістковий мозок і аутоспонгіозну кістку. В таких випадках після оперативного втручання 3 місяці проводиться іммобілізація кокситною гіпсовою пов'язкою. Остання покликана забезпечити оптимальні умови для перебігу РР, перетворення кісткового мозку, спонгіозної і кортикальної кісток у повноцінну структуровану мозоль. Дозоване навантаження можливе уже через 1,5-2 місяці, воно поряд з іншими факторами до певної міри оптимізує репаративний процес. Повне навантаження прооперованої кінцівки залежно від ситуації дозволяємо через 5-7 місяців, а після кісткової аутопластики відповідно через 10-12 місяців, коли досягнуто повноцінне зрощення.

Висновки. Застосування ПОППВС спрощує проведення оперативного втручання, забезпечує стабільну фіксацію фрагментів, якісне життя пацієнтів у післяопераційному періоді. Основою успіху є анатомічно проведена репозиція, правильно обрана тактика оперативного втручання, а при потребі кісткова пластика. Застосування ПОППВС при ПШСК створює оптимальні умови для перебігу РР. Практика підтверджує певні переваги органозберігаючих втручань.