

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРТЕЛЬНОЙ ЗОНЫ. ПРОБЛЕМА ВЫБОРА МЕТОДА ФИКСАЦИИ

Ивченко Д.В., Ивченко А.В., Лубенец А.А., Рудой Б.С., Ивченко К.К., Родичкин В.А.

ГУ «Луганский Государственный Медицинский Университет». г. Луганск, Украина

Вступление. Тема повреждения вертельной зоны бедренной кости, несмотря на множество публикаций, и исследований, сегодня остается столь же актуальной, как и ранее. Это связано с рядом причин. Многообразие методик оперативного лечения данных повреждений, разнообразие имплантатов приводит к тому, что однотипные повреждения лечатся самыми разными методиками.

Цель исследования: анализ результатов оперативного лечения при использовании разных типов фиксаторов.

Материалы и методы. При оперативном лечении крайне важно использовать «адекватные» повреждению имплантаты. Надёжность фиксации отломков зависит от: структуры костной ткани и типа повреждения. И если на «качество кости» и «геометрию перелома» врач повлиять не может, то есть факторы, которые зависят от хирурга. Это – репозиция отломков, выбор имплантата и корректное расположение фиксатора. Проанализированы результаты оперативного лечения 121 пострадавшего с повреждениями вертельной области. Из них мужчин–51(42%). Возраст больных колебался от 32 до 84 лет. Характер повреждений вертельной области распределился следующим образом: переломы типа А1–30 случаев, А2– 54 случая, А3–37 случаев. Согласно классификации АО переломы вертельной зоны типа А1 и А2.1 относили к стабильным, а остальные А2.2., А2.3 и вся группа А3 – к нестабильным. При стабильных повреждениях использовали DHS и DCS конструкции, при нестабильных применяли интрамедуллярные реконструктивные блокированные штифты и «гамма гвозди». В отдельных случаях применяли метод первичного эндопротезирования. При оперативном лечении использовались следующие конструкции: DHS–41 случай, DCS–19, реконструктивный интрамедуллярный штифт–40, «гамма гвоздь»–10. Первичное эндопротезирование выполнено в 11 случаях. Предпочтительной считали малоинвазивную технику установки имплантатов (Гамма, реконструктивный интрамедуллярный блокированный штифт, DHS).

Результаты и обсуждение. При оценке результатов использовалась шкала Харриса и шкала боли ВАШ. Проведен комплексный анализ полученных данных. Так, при использовании DHS хорошие и удовлетворительные результаты получены у 34(83%), при DCS – у 15(78,9%) пациентов. При использовании реконструктивного интрамедуллярного штифта хорошие и удовлетворительные результаты получены у 37(92,5%), а «гамма гвоздя» – у 9(90%) пациентов. При выполнении эндопротезирования хорошие и удовлетворительные результаты получены у 9(81,8%) пациентов. При использовании DHS и DCS отмечено 5 случаев осложнений технического характера: миграция, деформация металлоконструкций и отломков, вторичное смещение отломков, прорезывание шейных винтов. Данные осложнения связываем с ошибками в предоперационном планировании, техническими погрешностями во время проведения оперативного вмешательства, выраженным остеопорозом у пациентов старческого возраста.

Выводы. Конструкции типа DHS лучше переносятся пациентами молодого и среднего возраста с переломами типа А1. При нестабильных переломах А2, А3 показана фиксация интрамедуллярными системами. Выбор метода остеосинтеза необходимо планировать с учетом типа повреждения и «стабильности» перелома. Стабильность фиксации отломков более важна, чем анатомическая реконструкция в случае использования интрамедуллярных блокированных систем при обязательном восстановлении осевых параметров кости, ее длины и ротации.

Реферат.

ПЕРЕЛОМИ ВЕРТЕЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ. ПРОБЛЕМА ВИБОРУ МЕТОДУ ФІКСАЦІЇ

Івченко Д.В., Івченко А.В., Лубенець О.О., Рудой Б.С., Івченко К.К., Родічкін В.О.

ДЗ «Луганський Державний Медичний Університет». Луганськ, Україна

Пошкодження вертельної ділянки стегнової кістки залишаються настільки ж актуальними, як і раніше. Різноманіття методик оперативного лікування таких ушкоджень, та велика кількість імплантатів призводить до того, що однотипні ушкодження лікуються неоднаково. При оперативному лікуванні вкрай важливо використовувати «адекватні» пошкодженню імплантати. Надійність фіксації уламків залежить від: структури кісткової тканини і типу пошкодження. І якщо на «якість кістки» та «геометрію перелому» лікар вплинути не може, то є фактори, які залежать від хірурга. Це - репозиція уламків, вибір імплантату і коректне розташування фіксатора. Проаналізовано результати оперативного лікування 121 постраждалого з ушкодженнями вертельної області. З'ясовано що, конструкції типу DHS краще переносяться пацієнтами молодого і середнього віку з переломами типу А1. При нестабільних переломах А2, А3 показана фіксація інтрамедулярними блокуючими системами. Ключові слова: вертельна ділянка, остеосинтез, імплантат.

Abstract.

FRACTURES OF THE TROCHANTERIC AREA. THE PROBLEM OF CHOICE OF THE FIXATION METHOD.

Ivchenko D.V., Ivchenko A.V., Lubenets A.A., Rudoy B.S., Ivchenko K.K., Rodichkin V.A.

"Lugansk State Medical University." Luhansk, Ukraine

Damage to the trochanteric area of the femur remains as valid as ever. Variety of operative procedures of treating these lesions, a variety of implants leads to the fact that the same type of injury treated with a variety of techniques. When, surgical treatment is extremely important to use "adequate" damage to the implants. Reliability of fixation of fragments depends on: the bone structure and the type of damage. And if by "bone quality" and "fracture geometry," the doctor can not influence, that is, the factors that depend on the surgeon. This - reduction of bone fragments, the selection of the correct location of the implant. The results of surgical treatment of 121 people with injury of the trochanteric region. DHS-implants better tolerated by patients young and middle age with fractures type A1. For patients with unstable fractures A2, A3-type better use the intramedullary fixation systems. Keywords: trochanteric region, osteosynthesis, implants.