

**ДО ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ
СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
ОСТЕОСИНТЕЗУ**

БІЛІНСЬКИЙ П. І.

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П. Л.
ШУПИКА М. КИЇВ, УКРАЇНА**

Актуальність і мета

В травматології останнім часом активно впроваджуються високотехнологічні засоби для остеосинтезу. Вони значно покращили якість життя пацієнтів в післяопераційному періоді. Проте залишається високим рівень ускладнень і незадовільних результатів.

Мета роботи – покращити ефективність застосування сучасних засобів для остеосинтезу шляхом оптимізації методики їх застосування.

Матеріали та методи

Для вивчення гносеологічних аспектів ефективності лікування діафізарних переломів LCP-пластинами і блокуючими стержнями, проведений системний біомеханічний аналіз методик застосування, помилок і ускладнень, які при цьому виникають. Відслідкований причинно-наслідковий зв'язок багатьох об'єктивних і суб'єктивних факторів, що впливають на кінцевий результат. Аналізувались обґрунтованість показів до використання новітніх фіксаторів, ступінь матеріального забезпечення операції.

Матеріали та методи

- Аналізувались обґрунтованість показів до використання новітніх фіксаторів, ступінь матеріального забезпечення операції. До уваги брались правильність виконання оперативного втручання, відповідність його методиці. По рентгенограмах вивчалася якість репозиції фрагментів.
- Відмічалась динаміка розвитку мозолі її залежність від якості репозиції відламків, жорсткості фіксації. Проаналізовано 65 випадків ускладнень і негативних результатів використання інтрамедулярних блокуючих стержнів (ІБС), LCP-пластин.

Результати і обговорення

- Застосовуючи високотехнологічні засоби для остеосинтезу, лікар часто надіється тільки на механічні якості фіксатора, маючи слабу уяву про біомеханіку взаємодії “фіксатор-кістка”. Відсутнє також розуміння особливостей перебігу репаративної регенерації(РР) у конкретного пацієнта при даному способі фіксації.
- Доброго результату лікування діафізарних переломів кісток можна досягнути при правильному розумінні суті процесу РР, механізму дії на неї факторів різних рівнів у часовому і просторовому вимірі.



**Згідно концепції АО -
анатомічна репозиція
не обов'язкова.
Добитися зрощення
фрагментів у такому
випадку можливе при
великій робочій
довжині пластини(РДП)-
ділянки пластини не
заповненої гвинтами. В
аналогічних ситуаціях
зрощення наступило у
випадку доброго
контакту між
відламками.**



Значна РДП при відсутності доброго контакту між відламками плечової кістки призвела до розвитку періостальної мозолі, яка ускладнилась парезом променевого нерва



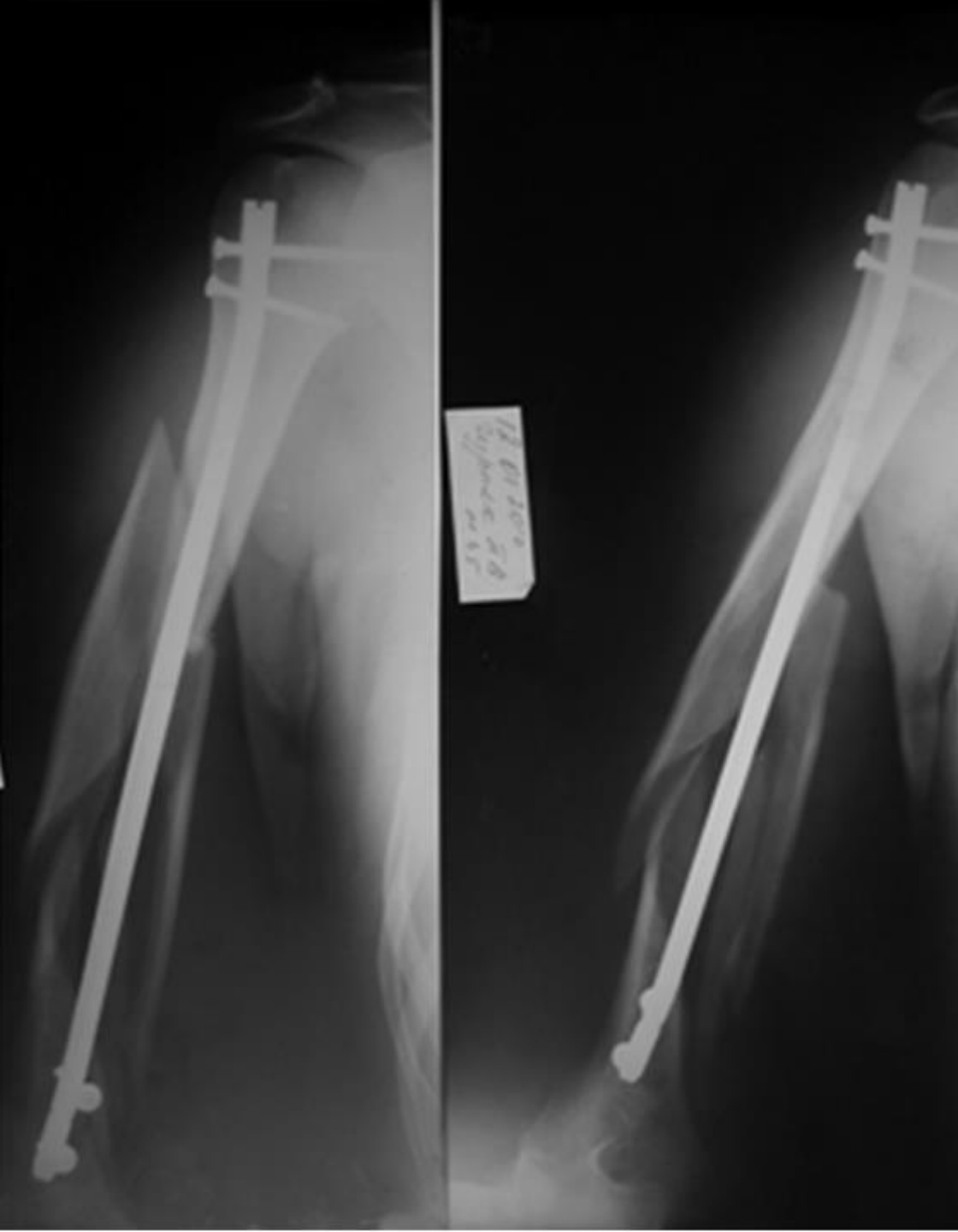
**Повторний злам
плечової кістки
з коротким
дистальним
фрагментом на
рівні
дистального
гвинта
товщиною
5мм.після
остеосинтезу
LCP пластиною.
Реостеосинтез
нашим
багатоплощинн
им фіксатором.**



Щілина між проксимальним фрагментом і проміжним через рік після остеосинтезу LCP пластиною при короткій РДП. Реостеосинтез малоконтактним фіксатором через 2 місяці після операції.



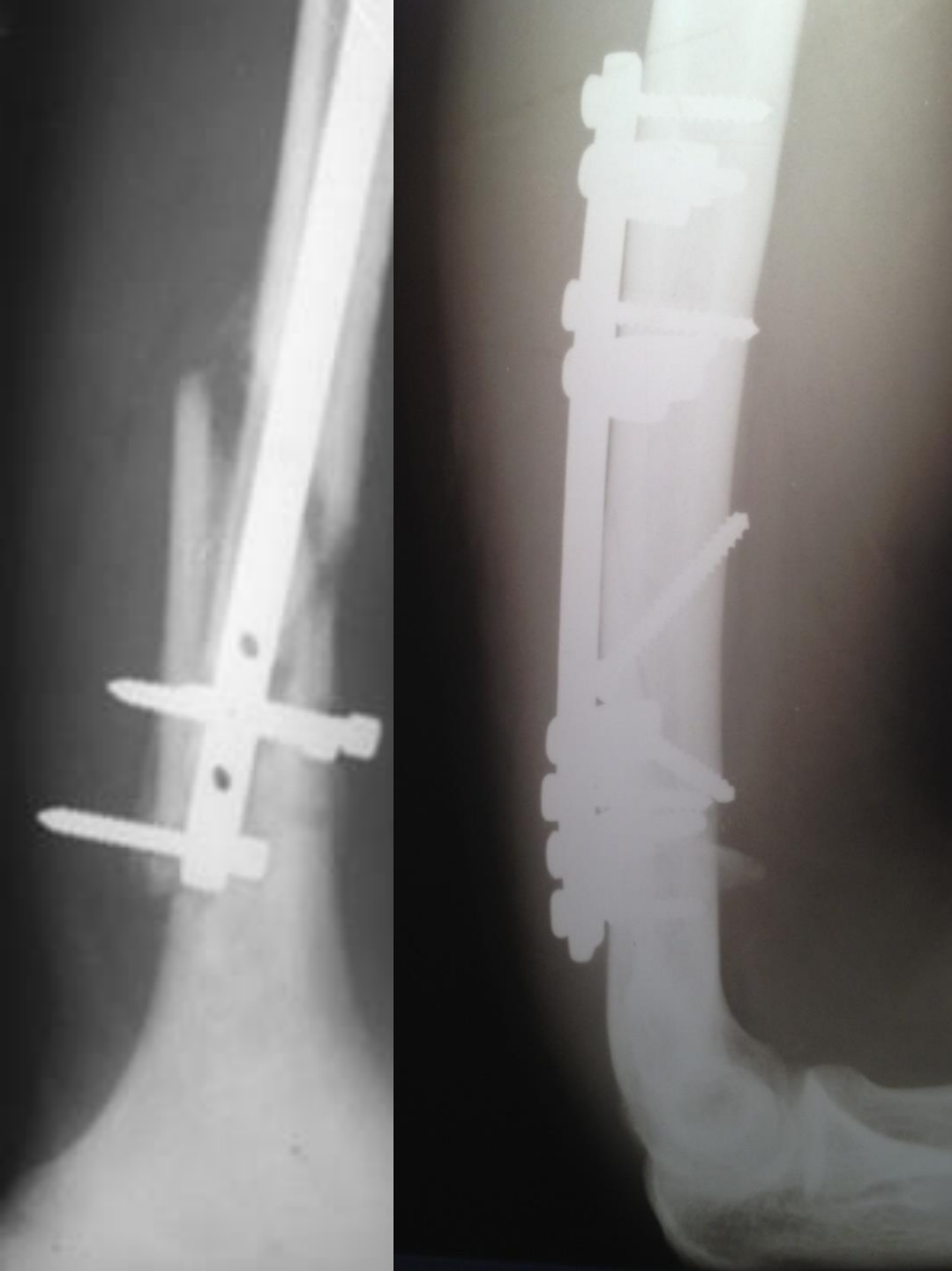
**Злам LCP пластини
після
osteosинтезу
перелому
хірургічної
шийки плечової
кістки.
Реosteosинтез
малоконтактним
фіксатором в
головку плечової
кістки введено
всього 3 гвинти.**



**Скалковий перелом
плечової кістки
синтезований
блокуючим стерж
нем при
відсутності
доброго контакту
між відламками
призвів до
значного
порушення
трофіки
прооперованого
сегменту.**

Незрощення поперечного перелому плечової кістки при наявності діастазу між фрагментами після блокуючого остеосинтезу. Результат реостеосинтезу у цієї ж пацієнтки малоконтактним багатоплощинним фіксатором.

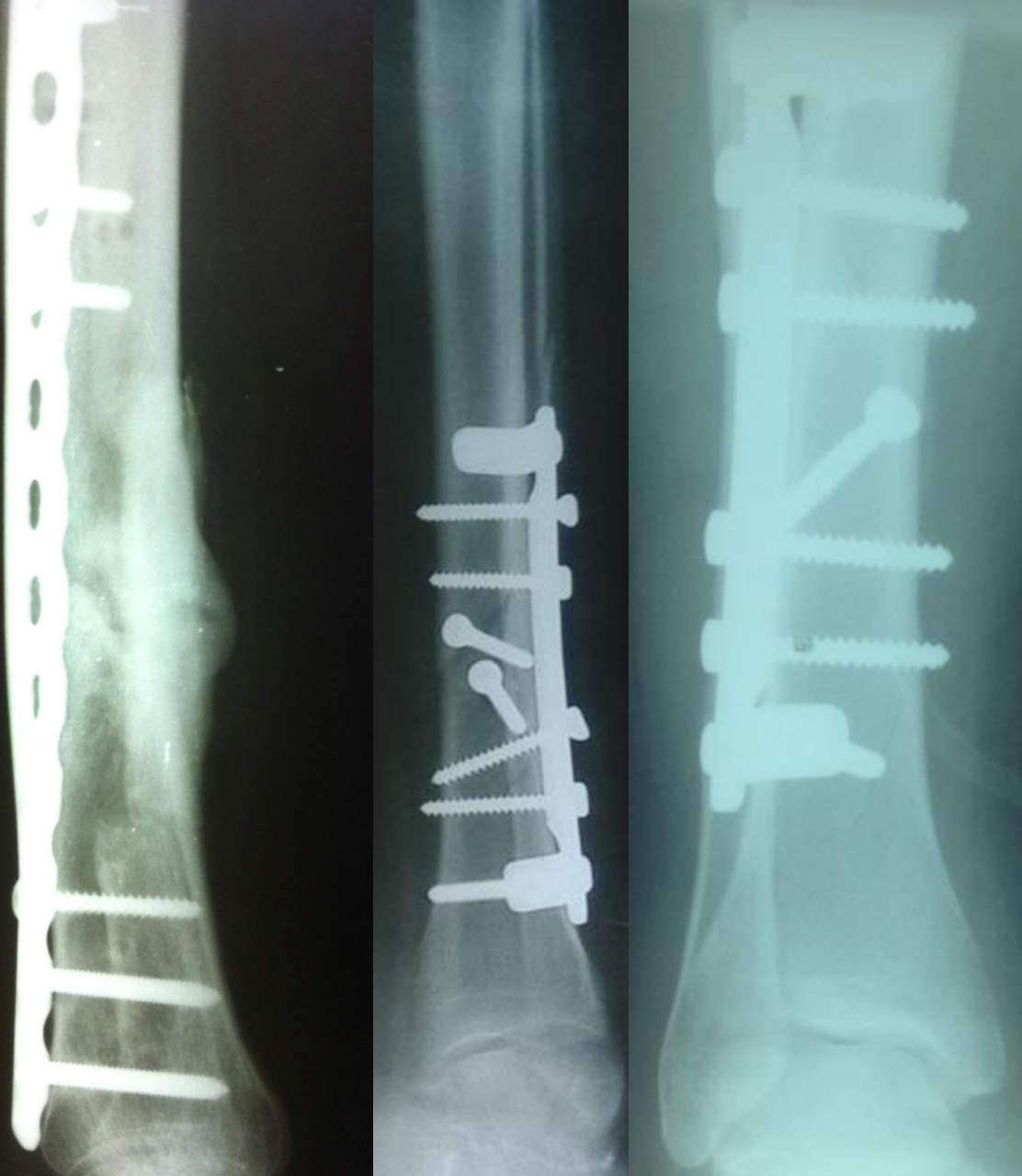




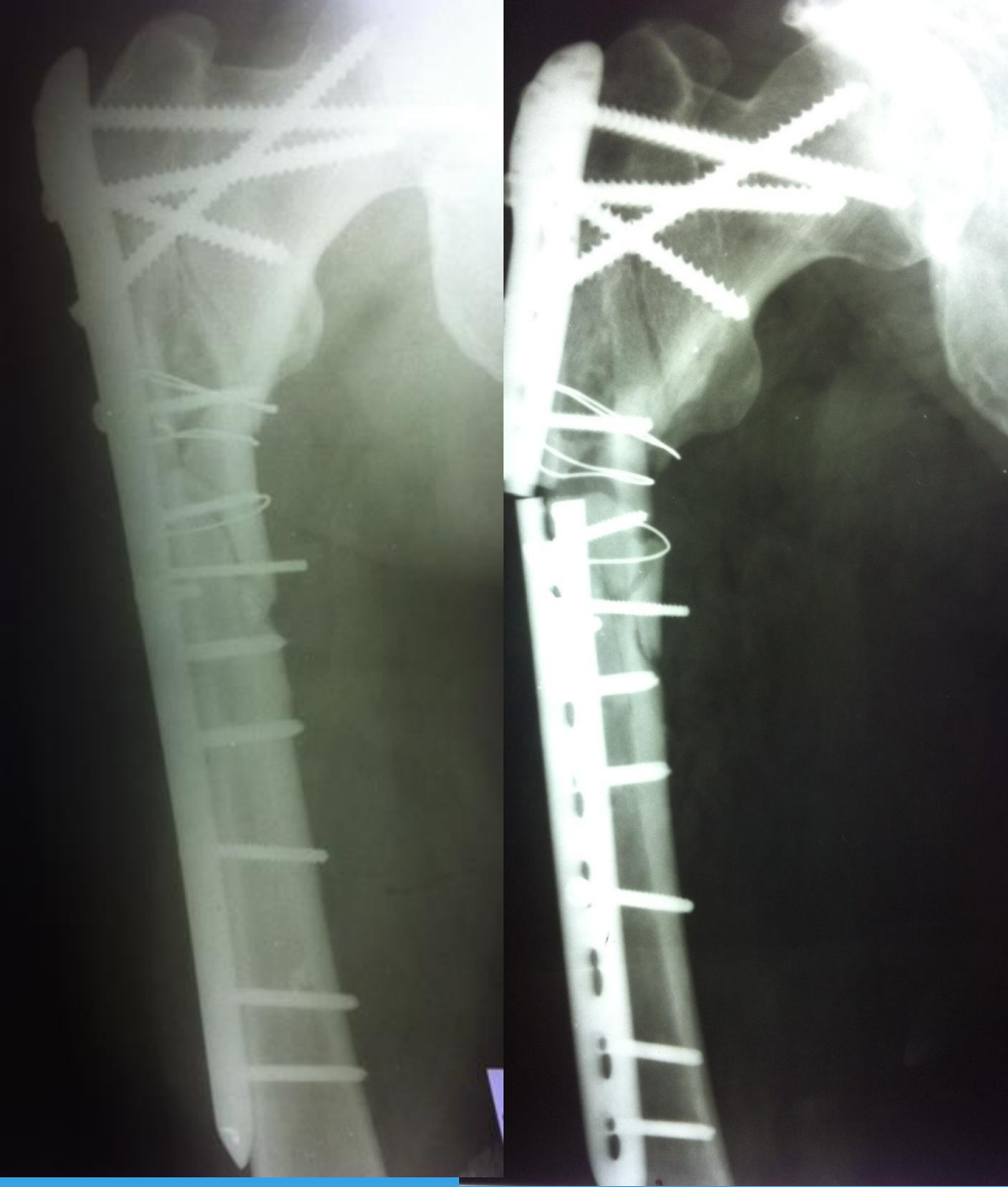
**Результат
застосованого не
за показанням
блокуючого
остеосинтезу
скалкового
перелому нижньої
третьої плечової
кістки. Зрощення
фрагментів після
реостеосинтезу
малоконтактним
фіксатором.**

Через 10 днів після відкритого скалкового перелому великогомілкової кістки проведений блокуючий остеосинтез із застосуванням репозиційного гвинта. Таке лікування закінчилось розвитком остеомієліту великогомілкової кістки.





Для остеосинтезу переломів кісток гомілки традиційно застосовується довга LCP пластина. Довжина малоконтактного фіксатора на половину коротша. Переважно це пластини на 7-8 отворів.



Злам LCP пластини через 7 місяців після остеосинтезу на фоні відсутності доброго контакту між відламками, сповільненого зрощення, дозволено навантаження прооперованого сегмента. Погіршенню трофіки відламків сприяло застосування металевих серкляжів для їх фіксації.



**Результати
неправильно
го-
латеральног
о введення
блокуючого
стержня
через рік
після
оперативног
о втручання**



Пацієтці 84 роки проведений закритий остеосинтез черезвертлюгово-підвертлюгового перелому стегнової кістки G стержнем. Доброго контакту між відламками не досягнуто. Через 3 місяці дозволено навантаження кінцівки, що призвело до зламу стержня.



При сповільненій консолідації або її відсутності, що спостерігається при короткій РДП, можлива деформація LCR пластини або її злам.

ВИСНОВКИ

Важливо знайти розумний баланс між жорсткістю фіксації і мінімальним негативним наслідком встановлення всіх можливих гвинтів. Найбільш оптимальне розміщення гвинтів у пластині залежно від характеру перелому ще потребує свого дослідження. Найчастіше причиною ускладнень і негативних результатів застосування LCP-пластин, ІБС є неправильні показання до їх використання, порушення методики, техніки оперативного втручання, правильності ведення післяопераційного періоду. Значну роль в цьому відіграє суб'єктивний фактор.