

ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги»,
м. Чернівці
Буковинський державний медичний університет
Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії



ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТАЛЕВИХ ТА БІОДЕГРАДУЮЧИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ МЕТАЕПІФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКИ

Доповідач к. мед. н., Дудко О. Г.

Харків, 14-15 квітня 2016 р.

**«Сучасні дослідження в ортопедії та травматології»
(Треті наукові читання, присвячені пам'яті
академіка О. О. Коржа)**



інститут ім. проф.
М.І.СИТЕНКА



Актуальність теми

Переважає більшість метаепіфізарних переломів гомілки зі зміщенням (52,8–64,7 %) потребує проведення оперативного лікування для відновлення конгруентності суглобової поверхні. Серед основних факторів, які впливають на результати оперативного лікування переломів одним з найбільш важливих є правильний вибір фіксуючої конструкції для остеосинтезу.



Мета дослідження

Провести аналіз результатів оперативного лікування метаепіфізарних переломів гомілки, визначити найбільш оптимальний тип, дизайн та матеріал фіксатора в залежності від характеру перелому.



Матеріали і методи

Вивчено результати оперативного лікування пацієнтів з переломами гомілки, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділі травматології для дорослих університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці в 2015 р.

Остеосинтез метаепіфізарних переломів гомілки:



- внутрішня фіксація перелому проведена у 67 хворих
- з приводу переломів проксимального метаепіфізу оперовано – 26 хворих,
- переломів дистального метаепіфізу – 41 хворий;
- металоконструкції застосовано у 64 пацієнтів;
- біодеградуючі полімерні фіксатори – 3 пацієнтів.

Остеосинтез метаепіфізарних переломів гомілки (розподіл за видом фіксуєчої конструкції)



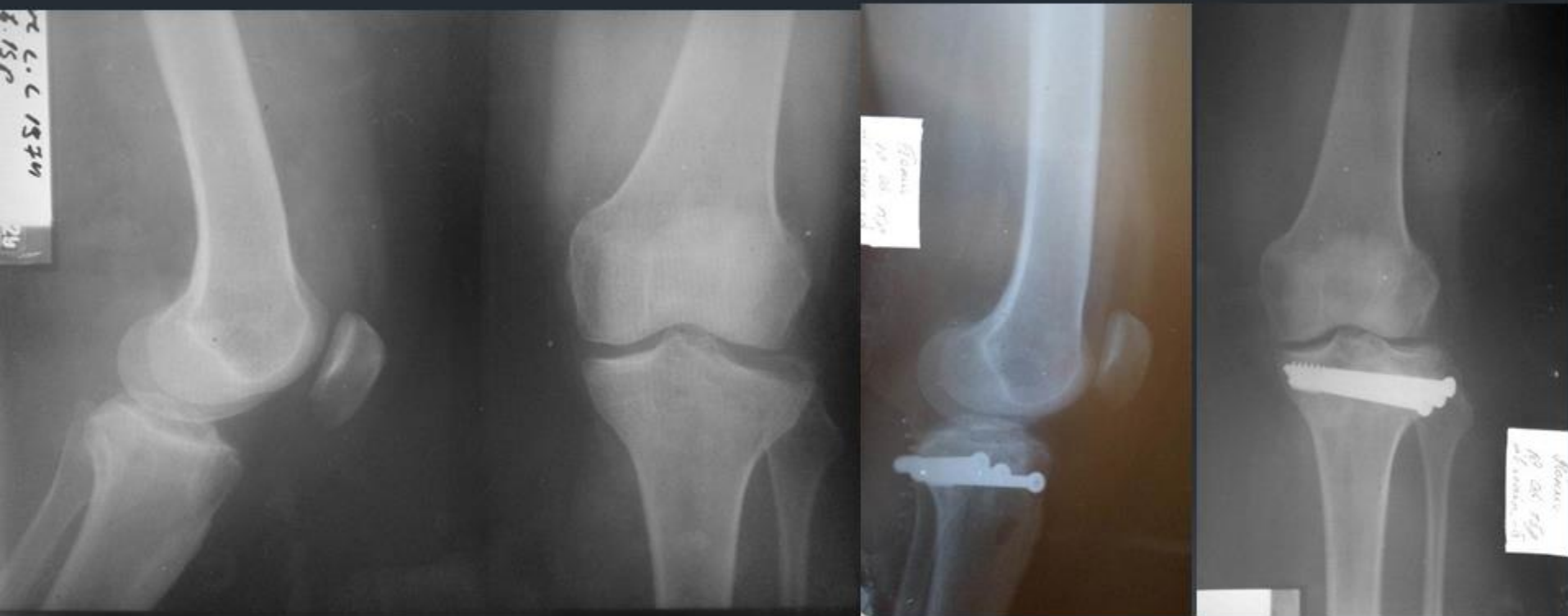
- Пластини і гвинти з кутовою стабільністю – 24;
- Пластини і гвинти без кутової стабільності – 19;
- Компресуючі металеві гвинти – 21;
- Біодеградуєчі гвинти [ActivaScrew Cannulated Lag](#) (Bioretex, Фінляндія) – 3 .
- Фіксація спицями Ілізарова проводилася додатково при остеосинтезі гвинтами у 20 хворих.

Застосування пластин і гвинтів для остеосинтезу



Хв. Х, 1963 р. н. Д-з: Закритий скалковий перелом проксимального метаепіфіза правої гомілки. Стан після остеосинтезу латеральною опорною пластиною і гвинтами з кутовою стабільністю та медіальною пластиною без кутової стабільності.

Застосування металевих стягуючих гвинтів для остеосинтезу



Хв. П, 1974 р. н. Д-з: Закритий компресійний перелом латерального виростка лівої гомілки до і після металоостеосинтезу гвинтами

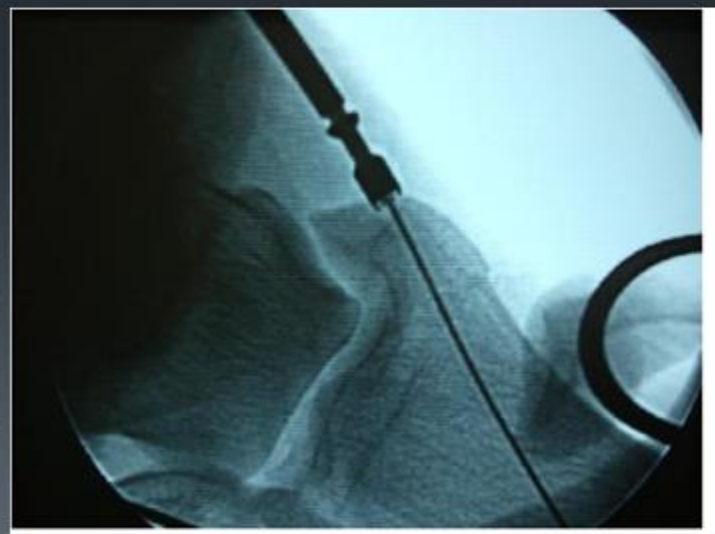
Застосування біодеградуємих гвинтів для остеосинтезу



Хв. М, 1977 р. н. Д-з: Закритий компресійний перелом латерального виростка лівої гомілки до і після остеосинтезу біодеградуєчими гвинтами **ActivaScrew Cannulated Lag 4,5 x 60 mm** та **4,5 x 70 mm**

На контрольній рентгенограмі відмічається задовільне стояння фрагментів перелому, ділянка введених полімерних нерентгенконтрасних гвинтів візуалізується у вигляді каналів, що відповідають формі та розмірам гвинтів

Поєднання застосування біодеградуєчих гвинтів та спиць Ілізарова для остеосинтезу кісточок гомілки



Хв. Т, 1953 р. н. Оперований
31.11.2014 р. Д-з: Закритий перелом
Дюпюїтрена – проведено
остеосинтез біодеградуєчим
компресуючим гвинтом медіальної
кісточки та спицями Ілізарова

Зовнішня іммобілізація після остеосинтезу металевими і полімерними гвинтами проводилась 5–6 тижнів. Осьове навантаження дозволялося після зрощення перелому, в середньому через 10-12 тижнів після оперативного втручання.

Добрі і задовільні результати отримано в 94,03 % випадках, серед ускладнень – вторинне зміщення у 1 хворого після металоостеосинтезу гвинтами, внаслідок порушення іммобілізаційного режиму, поверхневе інфікування м'яких тканин та фліктени після остеосинтезу металевими пластинами у 3 пацієнтів.

Висновки:

Пацієнтам з метадіафізарними скалковими переломами, переломами обох виростків гомілки (Т, У-подібними переломами) та у випадках ізольованого перелому виростків гомілки з значною площею суглобової поверхні фрагменту слід проводити остеосинтез пластинами і гвинтами з кутовою стабільністю, з уведенням у діафізарну частину блокуючих кортикальних гвинтів, а в метафізарну частину блокуючих спонгіозних гвинтів.

У хворих з відривними та краєвими переломами, переломами кісточок гомілки, ізольованими переломами медіального чи латерального виростка гомілки доцільно проводити фіксаційний остеосинтез невеликими конструкціями (спицями, пінами, гвинтами) з накладанням зовнішньої іммобілізації.

Висновки:

Методика операції і післяопераційний період при застосуванні біодеградуєчих гвинтів аналогічна металоостеосинтезу і дозволяє досягти надійної фіксації перелому. Особливістю методики закритого остеосинтезу є те, що біодеградуєчий гвинт нерентгенконтрасний, тому ми рекомендуємо проводити остеосинтез канюльованими гвинтами, що вводяться під ЕОП контролем по направляючій спиці Кіршнера. Дана методика дозволяє проводити остеосинтез малоінвазивно, а в подальшому не потрібна повторна операція по видаленню фіксатора. Відсутність повторної операції при застосуванні полімерних фіксаторів зменшує психологічну травму пацієнта та загальні терміни непрацездатності в середньому на два тижні.