

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК КІНЦІВОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Калашніков А.В., Ставінський Ю.О., Літун Ю.М.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

***Ключові слова.** Переломи, розлади репаративного остеогенезу, алгоритм, блокуючий інтрамедулярний остеосинтез.*

Вступ. Розлади репаративного остеогенезу (РРО) становлять серйозну проблему сучасної травматології та ортопедії. Частота РРО при діафізарних переломах становить від 2,5% до 26%. Сповільнена консолидація при переломах довгих кісток реєструється від 15% до 50% випадків, а частота формування хибних суглобів – від 4,7% до 33,2%. У структурі загальної інвалідності частка РРО при переломах кісток кінцівок становить 25%, а незадовільні результати лікування сягають 33%. Невизначеність підходів і високий рівень незадовільних результатів лікування, працездатний вік постраждалих обумовлюють медичну і соціальну актуальність проблеми.

Мета – покращити результати лікування пацієнтів із розладами репаративного остеогенезу після діафізарних переломів кісток кінцівок.

Матеріали та методи. В роботі проведено аналіз комплексного лікування 553 пацієнтів із РРО після переломів кісток кінцівок. Залежно від методу та способу лікування постраждалі умовно були розподілені на дві групи.

До дослідної групи увійшло 420 пацієнтів (237 чоловіків та 183 жінок) з РРО (Сповільненою консолидацією (СК) – 147 (35%), Несправжніми суглобах (НС) – 273 (65%), які мали місце після невдалого первинного (в деяких випадках багаторазового) консервативного та оперативного лікування переломів. За локалізацією переважали ушкодження нижніх кінцівок 338 (80,5%). Контрольну групу склали 133 пацієнтів (93 чоловіків та 40 жінок) з ознаками РРО, які мали місце після невдалого первинного (в деяких випадках багаторазового) консервативного та оперативного лікування переломів

кісток кінцівок. Серед дослідної групи з РРО було 42 випадків (31,6%) СК, НС – 91 випадків (68,4 %).

Результати. З метою покращення результатів лікування постраждалих з РРО розроблений алгоритм застосування остеосинтезу та кісткової пластики РКТ (0621U000157) (рис.).

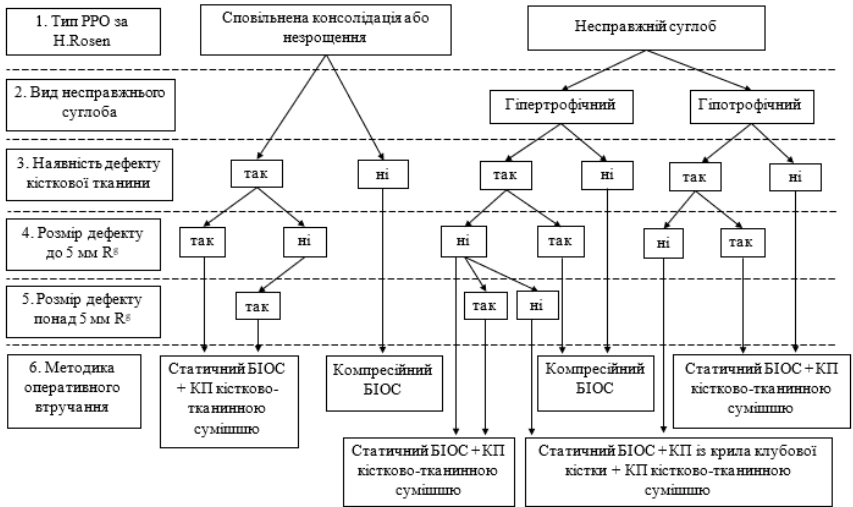


Рис. Алгоритм лікування РРО при переломах кісток кінцівок з використанням БІОС та кісткової пластики

В основу розробки алгоритму лікування РРО нами були використані наступні критерії: Тип РРО за класифікацією Rosen; Вид несправного суглоба; Наявність дефекту кісткової тканини; Розмір дефекту за даними променевих досліджень.

В післяопераційному періоді зовнішня іммобілізація кінцівок не застосовується. У випадках статичного блокування ходу за допомогою милиць з навантаженням 20% дозволяється з 2-го дня після оперативного втручання, водночас рекомендовано активні і пасивні рухи в суглобах оперованої кінцівки. Навантаження оперованої кінцівки збільшується в залежності від стану репаративних процесів в місці пошкодження в середньому через 5-7 тижнів після контрольного клініко-рентгенологічного обстеження виконується динамізація системи кістка-імплантат. Після цього пацієнтам дозволяють збільшити навантаження оперованої кінцівки у межах 75%. Повне навантаження рекомендовано після рентгенологічного зрощення

кістки. При динамічному і компресійному типах БІОС 50% навантаження кінцівки дозволяється з 2-го дня після оперативного втручання, поступово збільшуючи його. Як правило, повне навантаження рекомендовано після 12–14 тижнів з моменту оперативного втручання.

Віддалені результати лікування за критеріями бальної оцінки вивчені в терміни від 9 місяців до 7 років у 389 постраждалих дослідної групи та 107 контрольної.

У пацієнтів дослідної групи добрі результати отримані у 273 (72,0%) постраждалих, задовільні у 76 (19,5%) (порушення функції прилеглих суглобів), незадовільні результати внаслідок незрошення визначено у 40 (10,3%) випадків.

У постраждалих контрольної групи добрі результати отримані у 61 (57,0%), задовільні – у 28 (26,1%), незадовільні – у 18 (16,9%), що було обумовлено вираженим обмеженням рухів в суміжних суглобах, відсутністю зрощення кісткових уламків і в 4 випадках з подальшим тривалим етапним лікуванням.

Загальний термін консолідації у дослідній групі склав від 12 до 24 тижнів (в середньому $17,1 \pm 3,4$ тижнів) та від 12 до 56 тижнів (в середньому $25,0 \pm 4,5$ тижнів) у контрольній групі.

Висновки. Застосування розробленої технології блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу у постраждалих із розладами репаративного остеогенезу після переломів довгих кісток дозволило підвищити його ефективність, а саме: збільшити на 15% кількість позитивних, зменшити на 13,2% кількість незадовільних результатів лікування, скоротити в середньому на 8 тижнів терміни зрощення переломів та суттєво зменшити термін післяопераційного відновлення.