НЕУСКЛАДНЕНІ ХИБНІ СУГЛОБИ І ПОВІЛЬНОКОНСОЛІДУЮЧІ ПЕРЕЛОМИ ДІАФІЗА ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ.

Анкін М.Л. Шмагой В.Л.

НМАПО ім. П.Л.Шупика кафедра травматології і ортопедії №2 м.Київ Україна

Актуальність теми. Кістки гомілки пошкоджуються частіше інших відділів скелету, що становить від 8,1 до 60% всіх переломів довгих кісток (Соколов В.А., 2009).У 52-78% постраждалих з діафізарними переломами кісток гомілок виконується остеосинтез, результати котрого виявляються незадовільними в 2,7-13,8% випадків (Гайко Г.В., 2010). В структурі наслідків травм довгих кісток, дефекти і псевдоартрози гомілки становлять від 15,4 до 27,1 %, з нейротрофічними розладами в 11,6-44,9% стають причиною інвалідності (Marczyński W. 2012). Для лікування повільної консолідації та псевдоартрозів кісток гомілки використовують значну кількість методів остеосинтезу і кісткової пластики, але не існує чіткого діагностично-лікувального алгоритму вибору методів обстеження і об'єму оперативної тактики в залежності від типу хибного суглоба та ступеня трофічних розладів нижніх кінцівок. Аналіз джерел наукової інформації свідчить про незначний досвід використання діагностично-лікувального алгоритму (Schnettler R.2010), відсутність показань до окремих видів остеосинтезу в залежності від ступеня судинних порушень та порушень стану кісткової тканини.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з псевдоартрозами та переломами з повільною консолідацією кісток гомілки шляхом розробки діагностично-лікувального алгоритму з урахуванням ступеня трофічних порушень нижніх кінцівок.

Матеріали та методи дослідження. На протязі 2011-2012рр на базі Київської обласної клінічної лікарні проведено лікування 68 пацієнтів з неінфекційними порушеннями зрощення переломів кісток гомілки: 37 з повільноконсолідуючимися переломами та 31 з псевдоартрозами, з них чоловіків 46(68%), жінок 22(32%), вікова категорія 20-73 років. Пацієнтам проводили комплексне загально клінічне та біохімічне обстеження, рентгенографію, комп'ютерну томографію, УЗІ, доплерографію, ангіографію. При гіпертрофічних псевдоартрозах проводили реостеосинтез та декортикацію, остеотомію малогомілкової кістки, при необхідності нормалізували вісь кінцівки, при гіпотрофічних та атрофічних хибних суглобах реостеосинтез доповнювали кістковою пластикою. Консервативно та оперативно лікували порушення кровообігу в ушкодженій кінцівці, стимулювали остеогенез.

Результати та обговорення: Під час діагностичного обстеження використовували доплерографію (27) і ангіографію (10) з метою виявлення ступеня порушень кровообігу в зоні перелома та уточнення об'єму життєздатної кісткової тканини. Вважаємо основною причиною порушення зрощення переломів є нестабільність та порушення живлення кісткових уламків. Виявлено 3 порушення великих та магістральних судин, що потребували в 2 випадках оперативного лікування- ангіопластики. При реостеосинтезі притримувались концепції стабільності кісткових уламків, виконували заміну пластини на пластину (27), пластини на блокований стержень (13), стержня на стержень (6) та апарату на пластину або стержень (3). При контрольному обстеженні в період 3,6 і 12 місяців у 59 пацієнтів досягнуто позитивного результату зрощення перелому. У 3 пацієнтів були ускладнення, загострення після травматичного остеомієліту, що потребувало хірургічної санації вогнища запалення, секвестрнекректомії та проведення поза вогнищевого реостеосинтезу. У 6 пацієнтів проводили повторні оперативні втручання з приводу деформацій та незрощення, в даних випадках позитивного результату було досягнуто в контрольний період 24 місяців після травми.

Висновки. Динамічне спостереження діагностики та лікування пацієнтів з повільною консолідацією та псевдоартрозами кісток гомілки показує позитивні результати використаного досвіду при лікуванні даної патології та результативності розробленого алгоритму дії лікарів при обстеженні і виборі методів оперативного лікування.