

УДК 617.582.5-001.5-089.844

ПІОНТКОВСЬКИЙ В.К., ДЕНИСЮК Б.С., МАЛЕВИЧ Ю.М., КАШТАН Ю.М., ЦИПЛІНСЬКИЙ Ю.І., ЗЛАТІВ В.П., КАСЯНЧУК В.М., СТОЛЯРСЬКИЙ Н.І.

Рівненська обласна клінічна лікарня

НАШ ДОСВІД МАЛОІНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ЧЕРЕЗВЕРТЛЮЖНИХ ПЕРЕЛОМАХ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Резюме. Подані результати оперативного лікування вертлюжних переломів стегнової кістки з використанням малоінвазивних технологій в ортопедо-травматологічному відділенні Рівненської обласної клінічної лікарні. Для фіксації використовувалися блокуючі інтрамедулярні стрижні Beznoska та ChM, цвяхи Stryker Gamma III та PFNa (Synthet). За 3 роки прооперовані 43 хворі. Результати лікування були простежені у 39 (91 %) хворих. Відмінні результати отримані в 5 (13 %) хворих, добрі — у 31 (79 %) хворого, задовільні — у 3 (8 %), незадовільні — 0 %.

Ключові слова: черезвертлюжні переломи, блокуючий інтрамедулярний остеосинтез, малоінвазивний остеосинтез.

Вступ

Починаючи з 70-х років минулого століття і особливо в останнє десятиліття імпланти для остеосинтезу, а також техніка проведення оперативних втручань стрімко розвиваються та змінюються [5, 9]. Сучасний остеосинтез дедалі більше наближується до принципів біологічної фіксації [1, 10] із збереженням кровопостачання фрагментів перелому з якомога меншою операційною травмою. Ще зовсім недавно стабільним остеосинтез черезвертлюжних переломів можна було вважати тільки у випадку їх фіксації пластинами та гвинтами. З появою імплантів блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу тактика ведення пацієнтів із черезвертлюжними переломами зазнала значних змін [2, 4]. Малоінвазивність втручання та можливість раннього дозованого навантаження [8, 10] дозволяють активніше оперувати пацієнтів старечого віку, у яких травматичні втручання остеосинтезу пластинами та гвинтами значно підвищують ризик ускладнень.

Мета дослідження — оцінити ефективність використання малоінвазивного остеосинтезу при вертлюжних переломах стегна в сучасній оперативній травматології та ортопедії.

Матеріали та методи

З 2008 по 2011 рік в ортопедо-травматологічному відділенні із застосуванням методики малоінвазивного остеосинтезу при вертлюжних переломах стегна прооперовані 43 хворі. Для фіксації переломів,

як стабільних, так і нестабільних, застосовувалися інтрамедулярні стрижні — Beznoska та ChM, цвяхи Stryker Gamma III та PFNa (Synthet) (рис. 1).

Техніка виконання оперативних втручань типова: репозиція перелому за допомогою змонтованого скелетного витягнення на ортопедичному столі, ЕОП-контроль, введення фіксаторів через міні-доступи. У випадках незадовільної репозиції корекція уламків перелому проводилася за допомогою стрижнів-«джойстиків». Найбільше значення при оцінці адекватності репозиції надаємо осьовим співвідношенням шийки стегна та діафіза.

Було прооперовано 16 (37 %) чоловіків, 27 (63 %) жінок. Середній вік чоловіків становив 44 роки, жінок — 63 роки. Усі оперовані — пацієнти зі свіжою травмою. У людей похилого віку оперативні втручання проведені в перші 24–48 годин після травми за життєвими показаннями. Вік найстаршої оперованої хворої — 90 років, проведено БІОС Stryker Gamma III черезпідвертлюжного перелому стегна.

Завдяки мінімальним доступам з 2–3-го дня післяопераційного періоду повноцінно проводилося ЛФК оперованих кінцівок, ходьба з допомогою милиць із дозованим навантаженням. Особливо важливим для реабілітації пацієнтів похилого віку є саме можливість навантажувати оперовану кінцівку, оскільки освоїти ходьбу без навантаження для більшості з них є надзвичайно складним завданням.

Табл. 1 ілюструє кількість оперованих хворих з використанням імплантів, зазначених вище.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки результатів лікування застосована шкала оцінки функціональної активності пацієнтів, оперованих із приводу перелому стегна (HFFRS — Hip Fracture Functional Rating Scale).

Відмінним результатом вважався при рентгенологічно консолидованому переломі, повному об'ємі рухів та відсутності больового синдрому при навантаженні. Добрим вважався результат за відсутності чи незначній міграції фіксатора, при нормальному чи злегка обмеженому об'ємі рухів у суглобі, відсутності потреби в додаткових засобах опори, відсутності больового синдрому (незначний біль при тривалому навантаженні). Помірне обмеження рухів, больовий синдром при навантаженні, необхідність додаткової зовнішньої опори оцінювалися як задовільний результат.

Результати лікування були простежені в 39 (91 %) хворих. Відмінні результати — у 5 (13 %) хворих, добрі — у 31 (79 %) хворого, задовільні — у 3 (8 %), незадовільні — 0 %. Кількість оперованих жінок значно переважає чоловіків, у віковому співвідношенні основна кількість пацієнтів похилого віку припадає також на жінок.

При порівнянні результатів із використанням різних типів імплантів, перерахованих вище, не було відмічено суттєвих відмінностей. Можна стверджувати, що технічно проведення двох гвинтів у голівку при фіксації реконструктивними стрижнями (ChM, Beznoska) є дещо більш утрудненим та забирає більше часу, при

використанні стержнів ChM в окремих випадках спостерігався «збій» навігаційної системи дистального блокування, що вимагало застосування методу вільної руки. При значно вираженому остеопорозі у 2 випадках відмічалася деяка міграція проксимальних гвинтів, у зв'язку з чим надалі у процесі реабілітації доводилося зменшити відсоток навантаження на оперовану кінцівку. У жодному випадку не спостерігалось уповільненої консолидації перелому, що пов'язано, очевидно, із надійною фіксацією та добрим кровопостачанням даної ділянки. При переломах із вираженим остеопорозом краща стабільність досягається з використанням імплантів Gamma III та PFNa.

Висновки

Застосування блокуючих інтрамедулярних фіксаторів при переломах вертлюжної ділянки стегна є сучасним та високоефективним методом оперативного лікування. У деяких випадках (старечий вік пацієнта та наявність вираженого остеопорозу) БІОС можна вважати практично єдиним надійним методом фіксації перелому, що дозволяє проводити повноцінну ранню мобілізацію та реабілітацію.

Звичайно, можемо говорити про покращення якості життя всіх оперованих пацієнтів у післяопераційному періоді; краще та швидше проходить процес реабілітації, що не менш важливо на сучасному рівні надання допомоги.

Остеосинтез вертлюжних переломів повинен бути малоінвазивним. Тільки в такому випадку його мож-

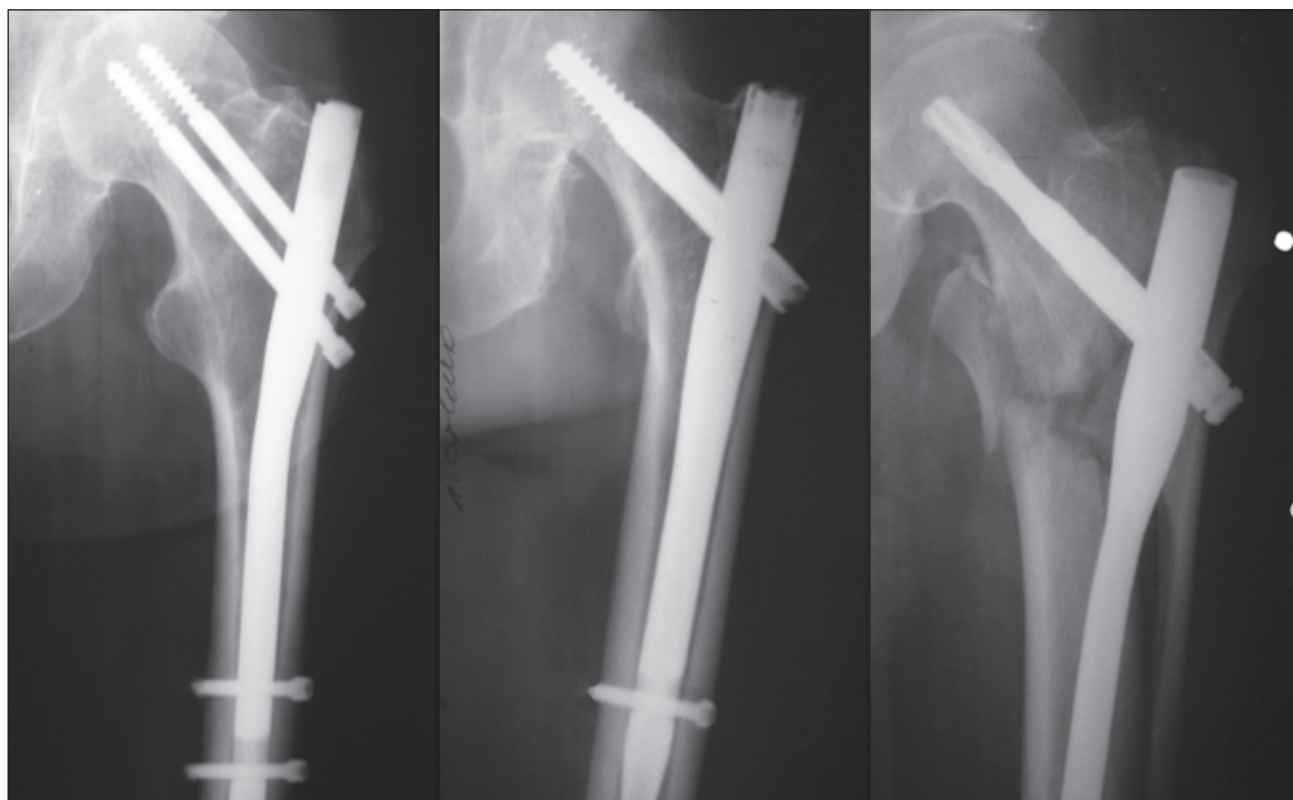


Рисунок 1. БІОС черезвертлюжних переломів із використанням різних фіксаторів

Таблиця 1. Кількість оперованих хворих різними типами фіксаторів

Фіксатор	Кількість оперованих
Реконструктивний стрижень Beznoska короткий	21
Реконструктивний стрижень ChM	11
Stryker Gamma III	8
PFNa, Synthez	3

на вважати високоефективним та сучасним методом хірургічного лікування, що дозволяє досягнути зрощення в оптимальний строк, має менше ускладнень, оскільки є менш травматичним, найбільше відповідає принципам біологічної фіксації.

Список літератури

1. Анкин Л.Н. *Травматология (европейские стандарты) / Л.Н. Анкин, М.Л. Анкин. — Москва, 2005. — 495 с.*
2. Ключевский В.В., Даниляк В.В., Гильфанов С.И. *Внутренний остеосинтез вертельных переломов // Травматология и ортопедия России. — 2009. — № 1. — С. 86-90.*

Пионтковский В.К., Денисюк Б.С., Малевич Ю.М., Каштан Ю.М., Циплинский Ю.И., Златив В.П., Касянчук В.М., Столярский Н.И.
Ровенская областная клиническая больница

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Резюме. Представлены результаты оперативного лечения чрезвертельных переломов бедренной кости с использованием малоинвазивных технологий в ортопедо-травматологическом отделении Ровенской областной клинической больницы. С целью фиксации использовались блокирующие интрамедуллярные стержни Beznoska и ChM, гвозди Stryker Gamma III и PFNa (Synthez). В течение 3 лет выполнены оперативные вмешательства 43 больным. Результаты лечения отслежены у 39 (91 %) больных. Отличные результаты получены у 5 (13 %) больных, хорошие — у 31 (79 %) больного, удовлетворительные — у 3 (8 %), неудовлетворительные — 0 %.

Ключевые слова: чрезвертельные переломы, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, малоинвазивный остеосинтез.

3. Сергеев С.В. *Блокирующий остеосинтез. Действительно ли метод выбора? / С.В. Сергеев // Osteosynthesis & Trauma Care Russia // <http://otcf.ru/?page=lecture1>*
4. Фролов А.В., Загородний Н.В., Семенов А.Ю. *Остеосинтез вертельных и подвертельных переломов бедренной кости на современном этапе // Вестник РУДН, серия «Медицина». — 2008. — № 2. — С. 98-99.*
5. Sharma A.K., Kumar A., Joshi G.R., John J.T. *Retrospective Study of implant failure in orthopaedic surgery // MJAFI. — 2006. — 62. — 70-2.*
6. David J. Dandy, Dennis J. Edwards. *Essential Orthopaedics and Trauma. — 4th edition. — Churchill Livingstone: Edinburgh, 2003. — P. 45-77.*
7. Donald A. Wiss Lippincott Williams & Wilkins, *Fractures. — 2006. — 810 p.*
8. Geiger F., Schreiner K., Schneider S., Pauschert R., Thomssen M. *Proximal fracture of the femur in elderly patients.*
9. Joseph Schatzker, Marvin Tile. *The rationale of operative fracture care. — Birkhäuser, 1996. — 633 p.*
10. Klinger H.M., Baums M.H., Eckert M., Neugebauer R. *A comparative study of unstable per- and intertrochanteric femoral fractures treated with dynamic hip screw (DHS) and trochanteric butt-press plate vs. proximal femoral nail (PFN) // Zentralbl. Chir. — 2005. — 130(4). — 301-306.*

Отримано 24.10.12 □

Piontkovsky V.K., Denysiuk B.S., Malevich Yu.M., Kashtan Yu.M., Tsyplinsky Yu.I., Zlativ V.P., Kasianchuk V.M., Stolyarsky N.I.
Rivne Regional Clinical Hospital, Rivne, Ukraine

OUR EXPERIENCE OF MINIMALLY INVASIVE OSTEOSYNTHESIS IN PERTROCHANTERIC FEMUR FRACTURES

Summary. There are presented outcomes of operative treatment pertrochanteric femur fractures using minimally invasive techniques in orthopedics and traumatology department of Rivne regional clinical hospital. For the fixation there have been used locking intramedullary nails Beznoska and ChM, Stryker Gamma III and PFNa (Synthez). During 3 years 43 patients were operated. Treatment outcomes have been followed up in 39 (91 %) patients. Excellent results obtained in 5 (13 %) patients, good results — in 31 (79 %) patients, satisfactory — in 3 (8 %), poor results were not obtained.

Key words: trochanteric fractures, locked intramedullary fixation, minimally invasive osteosynthesis.