

В +

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Харківська обласна державна адміністрація  
Харківський національний медичний університет  
ВГО "Українська асоціація травматології та остеосинтезу"  
ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України"  
Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної  
адміністрації  
КЗОЗ "Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та  
медицини катастроф"

**Збірник тез до  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**"АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МНОЖИННИХ  
ТА ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ"**

**19-20 квітня 2012 року**

**ХАРКІВ – КИЇВ – 2012**

# БЛОКУЮЧИЙ ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ МЕТАЛОПОЛІМЕРНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ У ЛІКУВАННІ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Васюк В.Л., Гасько М.В., Зінченко А.Т.

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії  
Буковинського державного медичного університету. м. Чернівці. Україна*

Актуальність проблеми лікування хворих з множинними переломами діафізів довгих кісток нижніх кінцівок обумовлена прогресуючим ростом травматизму, високою частотою незрощень (10-47%), наявністю контрактур і деформуючих артрозів. Наслідки лікування хворих з цією важкою патологією залежать від вибору варіанту стабільно-функціонального остеосинтезу, який дає можливість проводити раннє функціональне лікування пошкоджених кінцівок. При тривалій гіпокінезії виникає атрофія та зменшення сили скорочення м'язів, демінералізація кісткової тканини, що призводить до сповільненої консолідації та псевдоартрозів. Саме тому найбільш оптимальним фактором профілактики даних ускладнень є дозоване навантаження на кінцівки, яке прискорює відновні процеси і покращує умови регенерації кісткової тканини. На кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії І.М. Рублеником розроблені блокуючі інтрамедулярні металополімерні фіксатори, які забезпечують добру ротаційну стабільність відламків та динамічну осьову компресію, дозволяють рано проводити функціональне навантаження кінцівок.

Метою проведеного дослідження було удосконалити тактику функціонального лікування хворих з множинними переломи кісток нижніх кінцівок за допомогою блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу.

Протягом 2005 – 2010 років у травматологічному відділенні ЛШМД м. Чернівці знаходилося на лікуванні 48 хворих з множинними переломи діафізів кісток нижніх кінцівок, які лікувались методами блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу. Чоловіків було 32 (66,7%), жінок 16 (33,3%) у віці від 19-65 років. У 48 хворих було пошкоджено 110 сегментів, із них у 14 хворих – 3 сегмента. Однобічних переломів стегнової та великогомілкової кісток було у 26 (54,2%) хворих, двобічних – 22 (45,8%).

В залежності від локалізації і виду перелому, наявності травматичного шоку та поєднаних пошкоджень в терміни від 1 до 40 днів було проведено оперативні втручання із застосуванням закритого або напіввідкритого блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу. З урахуванням типу та локалізації переломів було застосовано компресійно-динамічний, компресійний, статичний та детензійний варіанти остеосинтезу. У хворих з однобічними переломами стегнової та великогомілкової кісток

при динамічному остеосинтезі функціональне навантаження кінцівки рекомендували через 10–14 днів після операції. У випадках з двобічними переломами функціональне навантаження та ходу за допомогою милиць дозволяли через 6–8 тижнів з моменту операції, а весь цей час рекомендували осьове навантаження кінцівок в ліжку. При застосуванні динамічного варіанту остеосинтезу повне навантаження на кінцівки дозволяли через 8 тижнів після операції, при детензійному та статичному варіантах – через 12–14 тижнів з моменту оперативного втручання.

Віддалені результати вивчені у 31 (64,6 %) хворого у строки від 6 місяці до 3 років з моменту оперативного лікування. У 45 (93,7 %) випадках отримано добрі результати, у 3 (6,3 %) задовільні.

Таким чином, диференційоване застосування варіантів блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу при множинних переломах діафізів кісток нижніх кінцівок дозволяє проводити раннє функціональне навантаження кінцівок і поєднати процес зрощення переломів з відновленням функції кінцівок, що покращує результати реабілітації хворих з цими важкими пошкодженнями.

## **МЕТАЛОПОЛІМЕРНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛІКУВАННІ МНОЖИННИХ ТА ПОЄДНАНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК В УМОВАХ ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛШМД м. ЧЕРНІВЦІ**

Васюк В.Л., Ковальчук П.С., Циркот І.М.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна*

Проблема лікування хворих із множинними та поєднаними переломами обумовлена невдалими результатами лікування цих хворих (від 10 до 47 %), високою частотою незрощень та контрактур суглобів (0,5–16 %). Впровадження в практику закритого та напіввідкритого остеосинтезу блокуючими інтрамедулярними металополімерними фіксаторами нового покоління відкрило нові можливості для лікування даних хворих.

**Метою** роботи є оприлюднення клінічного досвіду використання закритого та напіввідкритого блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу (БІМПО) в лікуванні 65 пацієнтів з множинними та поєднаними переломами довгих кісток.

**Матеріал і методи.** Протягом 2005–2010 років у травматологічному відділенні ЛШМД м.Чернівці знаходилося на лікуванні 65 хворих з множинними переломами довгих кісток. Чоловіків було 47 (72,31 %), жінок 18 (27,69 %) у віці від 17 до 65 років.

З метою вивчення ефективності лікування хворих із політравмою всі пацієнти були розділені на 2 клінічні групи. Першу групу склали 39 (60 %)

хворих з одnobічними чи двобічними множинними переломами діафізів двох кісток верхніх та нижніх кінцівок; другу групу – 26 (40 %) хворих, у яких крім множинних переломів кінцівок мало місце супутнє пошкодження внутрішніх органів грудної і черевної порожнин, важка черепно-мозкова травма. Травматичний шок 2–3 ступеня при надходженні потерпілих до клініки діагностовано у 49 (75,38 %) хворих.

У 65 хворих було пошкоджено 148 сегментів, всього виконано 112 операцій: з них 79 оперативних втручань – із застосуванням блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу (БІМПО), в тому числі 63 – закритий та напіввідкритий без розсвердлювання кістково-мозкового каналу, на 18 сегментах застосовувався накістковий остеосинтез пластинами і шпильками, на 15 – поза осередковий остеосинтез апаратами Ілізарова та спержевими апаратами Костюка та Харківського НДІТО. Як самостійний метод лікування гіпсові пов'язки і скелетне витягання застосовувалися на 12 сегментах.

У всіх клінічних групах лікування хворих починали з протишокових заходів. У хворих першої групи при закритих діафізарних переломах (одnobічних і двобічних стегна та гомілки) після передопераційної підготовки протягом 3–10 днів виконувалося оперативне втручання із застосуванням БІМПО, при чому при переломах кісток гомілки проводився закритий остеосинтез з розробленою на кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМУ методикою.

У хворих другої групи, де було поєднані пошкодження, під прикриттям протишокової терапії проводили невідкладні оперативні втручання: лямпаратомію, декомпресійну трепанацію черепа, епіцистостомію, нефректомію. Операції з приводу переломів проводились через 2–5 тижнів, після ліквідації небезпечних для життя ускладнень.

**Результати та їх обговорення.** Віддалені результати простежені у 65 хворих (100 %). Консолідація перелому в оптимальні терміни констатована у 61 (93,85 %) хворого. Протягом 44–90 днів із моменту операції наступало відновлення опірності та функції кінцівок.

В післяопераційному періоді спостерігалось три поверхневих нагноєння м'яких тканин в ділянці блокуючого гвинта, яке було ліквідоване без видалення фіксатора. Жодного випадку остеомієліту не спостерігалось. Такі результати оцінені як добрі.

З введенням в практику лікування переломів закритого остеосинтезу без розсвердлювання кістково-мозкового каналу, блокованими металополімерними інтрамедулярними фіксаторами 3 та 8 моделі, дало змогу проводити малоінвазивні оперативні втручання в ургентному порядку разом з оперативними втручаннями на черепі, органах грудної та черевної порожнин.

**Висновки.** 1. Диференційоване застосування закритого та напіввідкритого варіантів БІМПО, як різновиду малоінвазивного остеосинтезу, у 65 хворих з множинними переломами кісток, призвело до консолідації перелому в оптимальні терміни у 93,85 % пацієнтів.