



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
"УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ"

ЛІТОПИС ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

імені Є. Т. Скляренка

№ 1-2 / 2018
(37-38)

Науково-практичний журнал

Свідомство про державну реєстрацію
КВ № 4653 від 01.11.2000 р.

ISSN 2307-504X

Публікації журналу індексуються наукометричною базою
Google Scholar

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ:

Волошин О. І.
Гайко Г. В.
Грицай М. П.
Корж М. О.
Кривченя Д. Ю.
Левицький А. Ф.
Лоскутов О. Є.
Магомедов О. М.
Свінціцький А. С.
Страфун С. С.
Радченко В. О.
Філіпенко В. А.
Хвисько М. І.
Цимбалюк В. І.
Чекман І. С.

РЕДАКЦІЙНА
РАДА:

Бітчук Д. Д. (Харків)
Голка Г. Г. (Харків)
Головаха М. Л. (Запоріжжя)
Полулях М. В. (Київ)
Зазірний І. М. (Київ)
Кваша В. П. (Київ)
Клімовицький В. Г. (Донецьк)
Корольков О. І. (Львів)
Орлянський В. (Відень, Австрія)
Ошкадеров С. П. (Київ)
Сухін Ю. В. (Одеса)
Тимошенко О. П. (Харків)
Герцен Г. І. (Київ)
Шабус Р. (Відень, Австрія)
Шимон В. М. (Ужгород)
Хохол М. І. (Київ)

Рішенням Президії ВАК України
за №5-15/4 від 11.04.2001 р.
журнал зарахований до фахових
наукових видань, в яких можуть
публікуватися основні результати
дисертаційних робіт

*Затверджено на засіданні
Вченої ради
Національного медичного
університету
імені О. О. Богомольця*

Головний редактор
Бур'янов О. А.

Відповідальний секретар
Омельченко Т. М.

Адреса редакції:
01601, МСП, Україна, м. Київ,
вул. Бульварно-Кудрявська, 27
Кафедра травматології та ортопедії
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця
Тел./ факс: +38(044)288-01-26
Веб сторінка та архів номерів
на сайті: www.kaftravm.com.ua

Комп'ютерна верстка
Ільницька Т. Л.

Підписано до друку: 21.01.2018

<i>Дроботун О. В., Білінський П. І., Коновал А. М.</i>	<i>Зенченко Н. Л., Гримчак А. О., Гримчак Є. В., Мехед О. Б.</i>
До питання остеосинтезу переломів шийки стегнової кістки	Використання роботизованого комплексу «ЛОКОМАТ-PRO» з метою відновлення рухової функції дітей-інвалідів зі спастичними формами ДЦП ..
232	240
<i>Климовицький В. Г., Черныш В. Ю., Климовицький Ф. В.</i>	<i>Корольков О. І., Рахман П. М., Карпынский М. Ю., Ярьсько О.В.</i>
Анализ показаний к применению аппаратов внешней фиксации в условиях травматологического отделения городской больницы	Порівняльна характеристика напружено-деформованого стану моделі стопи до та після корекції плоско-вальгусної деформації з використанням різних методик лікування
234	241
<i>Климовицький В. Г., Черныш В. Ю., Климовицький Ф. В.</i>	<i>Масленников С. О., Головаха М. Л., Беленичев И. Ф.</i>
Возможности оптимизации программы учебной дисциплины по травматологии и ортопедии для студентов высших медицинских учебных заведений ...	Характер экспрессии МРНК INOS в мягких тканях при закрытие дефекта капсулы полипропиленовым сетчатым имплантатом
235	242
<i>Нанинецъ В. Я., Турчин А. М., Кулева О. В.</i>	<i>Юрик О. Є.</i>
Реконструктивно-відновні операції при наслідках переломів п'яткової кістки	Неврологічні розлади при ушкодженні опорно-рухового апарату у постраждалих внаслідок бойової травми
236	243
<i>Смирнова В. М.</i>	<i>Юрик Н. Є., Юрик О. Є.</i>
Влияние заболеваний суставов на качество жизни человека	Особливості кардіологічної патології у пацієнтів з кістково-гнійною інфекцією
238	244
<i>Осадчук Т. І., Засць В. Б., Підгасцький В. М., Сулима О. М., Калашніков О. В.</i>	<i>Яковенчук Н. М., Дєдх Н. В.</i>
Ендопротезування колінного суглоба у хворих на гонартроз з вісьовими деформаціями та контрактурами	Субхондральна кістка та суглобовий хрящ: взаємозв'язок в розвитку артрозу
239	245
	Вимоги до публікацій в журналі "Літопис травматології та ортопедії"
	246

ДО ПИТАННЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Результати лікування переломів шийки стегнової кістки (ПШСК) залежить від багатьох факторів. На теперішній час розроблено багато фіксаторів для остеосинтезу ПШСК. Більшість із них носить тільки інформативний характер або мають досить обмежене, авторське застосування.

МЕТА РОБОТИ

Розробити малоінвазивний фіксатор для остеосинтезу переломів шийки стегнової кістки і методику його застосування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

При ПШСК ми використовуємо пристрій для остеосинтезу переломів проксимального відділу стегна (ПОППВС) (патент України № 22283). Він має не об'ємний фігурний, Т-подібний внутрішньо- кістковий стержень (ВКС) із деротаційною вертикальною полицею, ширина стержня становить 10 міліметрів. Конструкція ПОППВС досить проста, основна функція короткої накладної пластини-протидія виходу ВКС. Завдяки своїм зменшеним розмірам ВКС дає більшу свободу при його проведенні в шийку СК, що дає травматологу більшу свободу дій, значно полегшує проведення оперативного втручання.

Оперативне втручання повинно проводитись на ортопедичному столі після рентгенологічного контролю у двох проекціях. Після вдало проведеної репозиції і рентгенологічного контролю здійснюється розріз шкіри у підвертлюговій ділянці. У шийку СК проводяться 2 направляючі спиці. Після цього необхідний повторний рентгенологічний контроль у 2-х проекціях. При правильному проведенні спиці по дузі Адамса каналним свердлом висвердлюється канал, в який вводиться Т-подібний ВКС.

При безуспішній репозиції, застарілих переломах, псевдоартрозах шийки СК показана відкрита репозиція фрагментів, остеосинтез ПОППВС, кісткова аутопластика. Боковим дугоподібним доступом до 15 сантиметрів довжиною, починаючи вище великого вертлюга і до низу 10

сантиметрів. Між м'язом натягувачем широкої фасції і середнім сідничним м'язами поширено по СК спереду великого вертлюга доходять до капсули суглоба, розтинають її. Здійснюють відкриту репозицію фрагментів, усувають інтерпозицію, рубцево змінені тканини. Під контролем зору через підвертлюгову ділянку у шийку СК по дузі Адамса паралельно вводять дві спиці. Здійснюють Rh-контроль. У випадку правильного проведення спиць, по нижній каналним свердлом висвердлюється канал до 7-9 сантиметрів довжиною під фігурний ВКС. Вище ВКС паралельно до нього в шийку СК вводиться спонгіозний гвинт або кортикальний аутотрансплантат. Для стимуляції репаративної регенерації при псевдоартрозах СК між фрагменти поміщають кістковий мозок і аутоспонгіозну кістку. В таких випадках після оперативного втручання 3 місяці проводиться іммобілізація кокситною гіпсовою пов'язкою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність лікування ПШСК залежить від багатьох факторів. Для збереження цілісності фрагментів після поступлення пацієнта у травматологічне відділення накладається скелетний витяг. Перед оперативним втручанням проводиться контрольна рентгенографія кульшового суглобу у положенні внутрішньої ротації кінцівки. Вона дає інформацію про характер лінії зламу, що допомагає у виробленні подальшої тактики лікування. Важко піддаються репозиції діагональні переломи шийки СК. Це пов'язано із характером лінії перелому. При цьому фрагменти необхідно додатково стабілізувати спонгіозним гвинтом, який вводиться вище і паралельно ВКС. Крайні результати при цьому забезпечує використання аутотрансплантату. Останній, крім стимулюючої, виконує і замісну функцію, що особливо важливо при дефектах шийки СК, остеопорозі, цукровому діабеті. Практика показала, що довжина аутотрансплантата може не перевищувати 5-6 см, ширина 0,7-0,8 см. Це достатньо для перекриття лінії перелому. У 57 хворих

ми взяли аутотрансплантат із великогомілкової кістки, а у 9 випадках із підвертлюгової ділянки СК. Це позбавляє необхідності травмувати гомілку, виконувати додаткове оперативне втручання. За відсутності ускладнюючих факторів, після закритої анатомічної репозиції можна обійтись і без кісткової пластики. У таких випадках ми вважаємо за необхідне використання деротаційного компресійного гвинта, який вводять у шийку СК вище основного стержня.

Запропонований нами ПОППВС забезпечує самокомпресійний ефект фрагментів шийки СК, мінімально травмує їх, дозволяє при потребі провести у шийку вище фігурного стержня кортикальний трансплантату або спонгіозний стержень. Наш фіксатор створює оптимальні умови для перебігу репаративної регенерації, можливість раннього навантаження прооперованої кінцівки. Проте після остеосинтезу переломів шийки СК воно можливе тільки після розвитку достатньої кісткової мозолі. Повне навантаження ми рекомендуємо залежно від якості репози-

ції, наявності супутньої патології, ваги хворого не раніше, як на 5-6-ому місяці з моменту операції. Дозоване навантаження можливе уже через 1,5-2 місяці. Останнє поряд з іншими факторами до певної міри оптимізує репаративний процес. Тактика лікування при ПШСК має бути строго індивідуальною. Його результати в значній мірі залежать від якості репозиції, правильності проведення стержнів, післяопераційного періоду.

ВИСНОВКИ

За наявності сучасного ортопедичного обладнання остеосинтез ПШСК може бути ургентним оперативним втручанням, яке забезпечить пацієнту високу якість життя, мінімум післяопераційних проблем, комплексне застосування розробленого нами ПОППВС дозволить реалізувати цю ідею. Останній на теперішній час із значним позитивним результатом застосований у більш ніж 850 пацієнтів із псевдоартрозами і ПШСК.