

## СЕЛЕНОДЕФІЦИТ, ВПЛИВ НА ЗАГОЄННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В.

*Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, Україна*

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних у травматології. Вирішенням даної проблеми є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

**Мета:** Оприлюднити результати аналізу оперативного лікування ПШСК у пацієнтів в умовах селенодефіцитного регіону.

**Матеріали та методи:** В основу дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 56 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2014 рр. в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці. 56 пацієнтів (100%) з верифікованим селенодефіцитом.

Визначення концентрації селену в плазмі крові пацієнтів проводилось флуориметричним методом на спектрофлуориметри SFM25 ("Kontron ІНСТРУМЕНТИ" США), що показало середнє значення рівня селену -  $78,3 \pm 5,1$  мкг / л, яке нижче оптимального значення (115-130 мкг / л) і відповідає легкій формі недостатності селену. З метою усунення селенодефіциту було призначено препарат Селен-актив (1 таблетка містить 50 мкг селену і 50 мг вітаміну С, тривалість прийому 1 місяць) та використання в їжу продуктів з більшим вмістом селену.

**Результати дослідження:** Концентрації селену, результати остеосинтезу в плазмі крові пацієнтів нами вивчені в терміни від 1 до 1,5 років у 56 пацієнтів (100%). Середнє значення рівня селену в 24 пацієнтів (42,8%) становило  $91,4 \pm 6,8$  мкг/л, що відповідає легкій формі недостатності селену, а відповідно у 32 пацієнтів (57,2%) становило  $119,2 \pm 3,4$  мкг/л – оптимальна кількість селену в плазмі крові. Зрощення перелому без ускладнень відмічено в 28 оперованих хворих (85,7%). Незрощення з розвитком посттравматичного артрозу спостерігалось у 8 пацієнтів (14,2%).

**Висновки:** Адекватна медикаментозна терапія та усунення недостатності селену покращує результати хірургічного лікування переломів.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НАДСИНДЕСМОЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

Кожемяка М.А., Головаха М.Л.

*Запорожский государственный медицинский университет,  
кафедра травматологии и ортопедии, Запорожье, Украина*

Целью работы было оценить результаты использования динамической фиксации межберцового синдесмоза при хирургическом лечении надсиндесмозных переломов лодыжек.



Нами были изучены ближайшие результаты хирургического лечения надсиндесмозных переломов лодыжек у 24 больных (тип С по классификации АО/ASIF).

В первой группе у 11 пациентов была выполнена открытая репозиция перелома наружной лодыжки с последующей фиксацией накостной пластиной с полиаксиальной стабильностью винтов оригинальной конструкции и 3,5 мм заблокированными винтами. Фиксацию межберцового синдесмоза проводили с помощью двух напряженных петель, проведенных через отверстие в накостной пластине. Оптимальной позицией для проведения напряженных петель для фиксации синдесмоза считали расположенной на уровне 2 см над уровнем голеностопного сустава.

Во второй группе у 13 больных проводилось хирургическое лечение переломов лодыжек с повреждением межберцового синдесмоза по классической методике АО с использованием позиционного винта для фиксации синдесмоза.

В обеих группах при переломе медиальной лодыжки проводили открытую репозицию и фиксацию напряженной проволочной петлей по Веберу или остеосинтез винтами, восстанавливали поврежденные связные структуры медиального отдела сустава. При переломе заднего края большеберцовой кости проводили его репозицию и остеосинтез винтами.

Оценку результатов проводили через 3, 6 и 12 мес. с момента операции. Использовали шкалы AOFAS и Olerud-Molander. Субъективные критерии оценивали методом индивидуального анонимного анкетирования, куда включали такие параметры, как время, необходимое для возвращения к работе, общая удовлетворенность пациента. Через 12 мес. пациентам предлагали субъективно оценить результат как отличный, хороший, удовлетворительный или плохой.

Демографические показатели были сопоставимы в обеих группах, включая пол, возраст, классификацию переломов и механизм повреждения.

Через 3 мес. после операции средние значения по шкале AOFAS у пациентов из группы с фиксацией синдесмоза напряженной петлей были лучше, чем у пациентов, которым выполнялась фиксация синдесмоза винтом (72,35 и 67,73 соответственно). Средние значения оставались достоверно лучше в группе с фиксацией напряженной петлей и в следующих измерениях на 6 и 12 мес. (81,55 к 76,24 и 92,32 к 89,63 соответственно). Средние значения по шкале Olerud-Molander также были достоверно лучше в первой группе.

Среднее значение времени возвращения к работе было достоверно меньше в группе фиксации напряженной петлей (115,4 дн. и 132,1 дн. соответственно). Ни одному из пациентов с фиксацией напряженной петлей не понадобилась этапная операция для удаления импланта, по сравнению с пациентами из контрольной группы, которым в плановом порядке проводилась операция удаления позиционного винта через 8 недель с момента первой операции.

Рейтинги удовлетворенности пациентов через 1 год после операции оказались лучшими в первой группе (фиксация напряженной петлей: отлично - 36,3%, хорошо - 45,5%, удовлетворительно - 18,2%; фиксация позиционным винтом: отлично - 23,0%, хорошо - 38,5%, удовлетворительно - 30,8%, плохо - 7,7%).

Раневой инфекции в послеоперационном периоде не было отмечено ни в одной из групп. В первой группе потерь репозиции и миграции фиксаторов в послеоперационном периоде не наблюдалось. Во второй группе в одном случае отмечалась миграция позиционного винта с потерей репозиции; также у одного пациента, который не явился на этапное удаление позиционного винта,

в срок 3 месяца после операции произошел перелом позиционного винта.

Оценка результатов использования динамической фиксации при хирургическом лечении надсиндесмозных переломов лодыжек с применением напряженных петель и оригинальной наkostной пластины с угловой стабильностью винтов продемонстрировала, что данный способ лечения позволяет выполнить анатомическую репозицию и надежную фиксацию поврежденных структур, обеспечивает возможность проведения ранней реабилитации, не требует проведения дополнительного этапного хирургического лечения, минимизирует количество осложнений в послеоперационном периоде, является более экономически эффективным в связи с сокращением сроков нетрудоспособности.

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАКРИТИМИ ПЕРЕЛОМАМИ П'ЯТОЧНОЇ КІСТКИ

Коструб О.О., Заєць В.Б., Блонський Р.І.

*ДУ "ІТО АМН України", відділення спортивної та балетної травми, м. Київ*

**Актуальність.** Переломи п'яточної кістки займають біля 2% від загальної кількості всіх переломів скелету та від 13% до 28,6% від переломів кісток стопи. 80% відсотків потерпілих складають чоловіки віком від 21 до 45 років. Основний механізм травмування - падіння з висоти на ноги (83% постраждалих). Найчастіше травма одностороння – 81,1%. Неліковані переломи п'яточної кістки ведуть до стійкої втрати працездатності та потребують у подальшому більш складних ортопедичних втручань. Застосування відкритої репозиції часто не може попередити розвиток посттравматичного артрозу підтаранного суглоба, що призводить до необхідності виконання підтаранного артродезу у віддаленому періоді.

**Мета роботи:** вдосконалити методику лікування хворих із закритими переломами п'яточної кістки.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 12 пацієнтів чоловічої статі віком 37±5 років з переломом п'яточної кістки, давністю травми до 2 тижнів, які за класифікацією Sanders мали 2 (2В, 2С) та 3 (3А, 3В) тип пошкодження. Пацієнти були розподілені на дві групи: у першій групі хворих застосовувалась відкрита репозиція, при необхідності – кісткова пластика дефекту з фіксацією пластиною, число досліджуваних склало 5 чоловік; у другій групі хворих застосовувався апарат зовнішньої фіксації, в якому проводилась закрита репозиція під інтраопераційним рентгенівським контролем, число досліджуваних - 7 чоловік. Пацієнти обстежувались до оперативного втручання та через 4 місяці клінічно з використанням шкали AOFAS, Boyden, комп'ютерна томографія та рентгенографія. Клінічний діагноз встановлювався на основі типового анамнезу та даних об'єктивного дослідження. Для підтвердження та уточнення характеру перелому застосовувалась комп'ютерна томографія.

### **Висновки:**

1. Застосування апарату зовнішньої фіксації в лікуванні пацієнтів з переломами п'яточної кістки дозволяє зменшити ятрогенну травматизацію м'яких тканин та скоротити час оперативного втручання, а також уникнути ряду ускладнень у ранньому післяопераційному періоді (нагноєння рани, нейротрофічні розлади).