

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ТРАВМАТОЛОГІВ-ОРТОПЕДІВ

ЛІТОПИС ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

№ 1-2 2005

Науково-практичний журнал

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 4653 від 01.11.2000 р.

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 ім. О.О. Богомольця.

Головний редактор *Скляренко Є.Т.*
Заступник головного редактора *Бур'янов О.А.*
Відповідальний секретар *Кваша В.П.*
Верстка та дизайн *Ломарьов О.Д.*

Редакційнаколегія:
Волошин О.І.
Гайко Г.В.
Коляденко В.П.
Корж М.О.
Кривченя Д.Ю.
Крись-Пугач А.П.
Левицький А.Ф.
Лоскутов О.Є.
Магомедов О.М.
Поляченко Ю.В.
Страфун С.С.
Радченко В.О.
Філіппенко В.А.
ХвисюкМ.І.
ЦимбалюкВ.І.

Редакційнарада:
БітчукД.Д. (Харків)
Брехов О.М. (Сімферополь)
Бецишор К. (Кишинів)
Венгер В.Ф. (Одеса)
Загородній М.В. (Москва)
Зазірний І.М. (Київ)
Івченко В.К. (Луганськ)
Клімовицький В.Г. (Донецьк)
Орлянський В. (Австрія)
Ошкадеров С.П. (Київ)
Продан О.І. (Харків)
РубленикІ.М. (Чернівці)
Тимошенко О.П. (Харків)
Тиходеєв С.М. (С-Петербург)
Чемеріс А.І. (Запоріжжя)
Шабус Р. (Австрія)
Шевченко В.С. (Полтава)
Шимон В.М. (Ужгород)
Хохол М.І. (Київ)

Адреса редакції:
01601, МСП, Україна, м. Київ,
вул. Воровського 27.
Кафедра травматології та ортопедії
Тел.:486-32-07
Факс:246-51-20

Здано: 27.12.2004
Підписано до друку: 29.12.2004
Формат: 64x90/8
Папір офсетний
Друк: «Білий тигр»
Наклад: 1600 прим.

ЗМІСТ

До 80-річчя з дня народження професора Євгена Тимофійовича Скляренка 6

Механизмы стенозирования позвоночного канала при диспластическом спондилолистезе (клинико-рентгенологическое исследование)
А.И. Продан, А.Г. Грунтовский, В.А. Куценко, О.А. Перепечай 8

Жорсткість різних типів оперативної фіксації заплесно-плеснових суглобів при натурному моделюванні гомолатерального вивиху плеснових кісток (експериментальне дослідження)
П.В. Нікітін, А.М. Лакша, М.С. Шидловський 16

Ошибки и осложнения при корригирующих вертебротомиях
А.И. Швец, В.К. Ивченко, В.А. Родичкин, С.Д. Саранча 21

Нестабильные повреждения таза – помощь на этапе острого периода травмы с позиций медицины экстремальных состояний
В.Н. Пастернак, В.А. Бабоша, Г.В. Лобанов, Д.В. Пастернак, О.Б. Джерелей 24

Причини переднього феморо-ацебулярного конфлікту при позасуглобовій реконструкції рецидуальної дисплазії у дітей старших вікових груп
В.В. Філіпчук, М.С. Кабацій 28

Патологія органів травної системи та стан кісткової тканини: погляд на проблему
А.С. Свінцицький, М.І. Дземан, Н.П. Козак 31

Помилки та ускладнення при хірургічному лікуванні вродженого вивиху і підвивиху стегна у дітей
О.І. Корольков 34

Обоснование и разработка подходов к артропластике локтевого сустава
Бурьянов А.А., Метелева З.М., Кваша В.П., Юнеси Кутанаи Гариб Реза 36

Особливості метаболізму кісткової тканини у хворих з ортопедичними проявами вороби Реклінгаузена
С. Магомедов, Ю.М. Гук 41

Лікування переломів стегнової кістки, що виникають під час та після ендопротезування кульшового суглоба
Г.І. Герцен, М.П. Остапчук 46

Патогенетичне обгрунтування хірургічного лікування післяопікових згинальних контрактур кисті
О.А. Жернов 49

Переломы надколенника – возможности оптимизации результатов лечения
В.Н. Пастернак, А.А. Антонов, А.Я. Лобко, В.Ю. Черныш, О.В. Лавриненко 53

Соціально-гігієнічні і організаційні питання ортопедії і травматології

Галузеві стандарти – один з провідних напрямків забезпечення якісної ортопедо-травматологічної допомоги
В.Я. Фіщенко, А.П. Крись-Пугач, М.І. Хохол, М.Ф. Сивак 56

Некоторые теоретические и практические аспекты реабилитации обожженных
И.П. Бижко, С.А. Мунтян, Б.В. Гузенко, С.А. Жорняк 61

Дискусії, пошуки, гіпотези

Трансплантація фетальних тканин в комплексі ортопедичних заходів при лікуванні ревматоїдного артриту
В.О. Литовченко, М.О. Гуліда, А.Г. Істомін, В.В. Григорук 63

Сучасні перспективи використання клітинно-тканинних технологій в лікуванні глибоких опіків
В.К. Гринь, Е.Я. Фісталь, А.Г. Попандопуло, О.М. Корчак, Є.В. Чеглаков 65

Повідомлення з практики

Костный дефект и дефицит кости – концептуальный подход
Армен В. Айвазян 67

Комплексне лікування внутрішньосуглобових травм колінного суглоба
Ф.Т. Зав'ялець, Ю.І. Павлишен, В.К. Піонтковський, Ю.І. Зав'ялець 70

Функціональне оперативне лікування переломів гомілковостопного суглоба
К.В. Міренко, В.С. Гацак, О.І. Великий, С.О. Мелашенко 73

Реконструкція переднього відділу ступні при вальгусній деформації першого пальця
Г.І. Герцен, А.М. Буштрук, М.П. Остапчук 75

УДК. 616.728.48-001.514-089

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

К.В. Міренков, В.С. Гацак, О.І. Великий, С.О. Мелашенко
Запорізький державний медичний університет,
Запорізька міська клінічна лікарня екстреної і швидкої допомоги, Україна

Вступ

Серед медичних публікацій останніх років з'являються роботи, що підтверджують переваги стабільно-функціонального остеосинтезу і раннього відновлення функції при складних переломах гомілковостопного суглоба (ГСС) [1–4]. Однак у багатьох травматологічних відділеннях продовжують панувати консервативна вичікувальна тактика, обмежені показання до операції, «недоторканність» до ушкоджень сумково-зв'язкового апарата (СЗА), нестабільний остеосинтез спицями, транспедикулярна фіксація ГСС і компресія дистального міжгомілкового синдесмозу (ДМС) болтом-стяжкою.

Метою дослідження стала розробка оптимальної хірургічної тактики при складних переломах гомілково-ступневого суглоба, спрямованої на раннє відновлення функції.

Матеріал і методи

За період з 2000 по 2003 р. у відділенні політравми Запорізької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги виконані операції 130 потерпілим з переломами в ділянці ГСС. Чоловіків було 49 (37,7 %), жінок – 81 (62,3 %). Середній вік склав 39 років. Відповідно до класифікації AO/ASIF переломів типу 44А було 9 (7 %), 44В – 93 (71 %), 44С – 28 (22 %). Відкриті переломи спостерігали в 33 (25,1 %) хворих. Діагностику здійснювали шляхом клінічного огляду і стандартної рентгенографії. З 2003 р. впровадили ранні оперативні втручання (78 хворих), які включили в себе обов'язкову ревізію суглобової порожнини, відновлення всіх ушкоджень СЗА і ДМС, стабільний остеосинтез кісточок і заднього краю. Нова хірургічна тактика дозволила застосувати раннє функціональне лікування і навіть раннє опорне навантаження.

Результати та їх обговорення

Згідно з сучасними уявленням, основною умовою відновлення стабільності ГСС є стабілізація його «ключового» відділу. «Ключ» – це анатомічна ділянка, яка, у разі руйнування, «відкриває» суглоб, позбавляючи його стабільності. «Ключ» ГСС завжди розташований на боці зміщення стопи. При пронаційних переломовивихах «ключем» являється бічна кісточка з ДМС, при супінаційних – присередня кісточка. Стабілізація «ключового» відділу автоматично відновлює просторові взаємовідношення елементів суглоба. Ігнорування або незнання «ключового» підходу до ГСС було головною помилкою колишньої хірургічної техніки. Нині нами розширені показання до ургентної операції, а саме: відкриті переломовивихи; усі надсиндесмозні (тип 44С) і нестабільні черезсиндесмозні переломи (тип 44В); розриви ДМС і бічних зв'язок; руйнування суглобової поверхні великогомілкової кістки. При підготовці до ургентної операції попереднє ручне вправляння вважаємо небажаним, оскільки воно додатково травмує м'які тканини. Лише за відсутності можливості проведення операції протягом перших годин доцільно усунути грубі зміщення шляхом закритої репозиції з наступною іммобілізацією, а втручання відкласти на 7–12 днів, до спаду набряку і відновлення м'якотканинних трофічних порушень.

При закритих пронаційних переломах операцію починали з присереднього відділу. Нестабільність і звих стопи дозволяли провести повноцінну ревізію порожнини суглоба, оцінити якість артикулюючих поверхонь, бічних зв'язок, переднього відділу капсули, сухожилків. При переломі заднього суглобового краю здійснювали його репозицію й остеосинтез спонгіозним шурупом або спицями, залежно від характеру перелому, передбачаючи у подальшому можливість бережного видалення фіксатора. З латерального доступу проводили ревізію ДМС і перелому бічної кісточки. Вправляли перелом, відновлюючи довжину малогомілкової кістки, і здійснювали стабільний остеосинтез бічної кісточки, застосовуючи пластини, шурупи і напружений дротовий шов. При переломах типу 44С виконували остеосинтез малогомілкової кістки 1/3-трубчастою пластинкою, а ДМС відновлювали з окремого переднього доступу. Реінсерцію передньої зв'язки ДМС здійснювали черезкістковим швом, або малеолярним шурупом. При нестабільності ДМС, переломах типу 44С, розривах міжкісткової мембрани застосовували позиційний розвантажувальний гвинт, який вводили вище синдесмозу через три кортикальних шари. Заключним етапом операції був остеосинтез присередньої кісточки за допомогою малеолярного гвинта чи напруженої дротової петлі, а також відновлення капсули суглоба і дельтоподібної зв'язки.

Таким чином, алгоритм операції при пронаційному переломовивиху ГСС представляється нам у вигляді круговороту. Ревізія ушкодження починається з медіального відділу і закінчується латеральним. Відновлення ж виконується у зворотному порядку: спочатку треба синтезувати бічну кісточку, зшити зв'язку ДМС, а завершувати – остеосинтезом

присередньої кісточки і швом дельтоподібної зв'язки. При наявності перелому заднього суглобового краю остеосинтез варто починати з нього.

Описана методика дозволила в усіх випадках анатомічно відновити внутрішньосуглобові взаємовідношення і повністю відмовитися від трансартикулярної фіксації ГСС спицями і компресії ДМС болтом-стяжкою.

Відновлена стабільність вилки ГСС і СЗА дала змогу застосувати ранню реабілітацію, до якої підходили індивідуально, залежно від характеру ушкодження, особливостей остеосинтезу і особистих властивостей пацієнта. Іммобілізацію звичайно застосовували в період загоювання рани, далі призначали активну розробку рухів і поступово включали кінцівку в зростаюче опорне навантаження. Через 6–8 тижнів хворі вже ходили без допоміжних засобів опори.

Пацієнти, прооперовані за описаною методикою (78), знаходяться під нашим спостереженням. В усіх випадках було досягнуто первинне загоєння післяопераційних ран, зрощення переломів і відновлення функції ушкодженої кінцівки. Ранні активні рухи в ГСС сприяли швидкому спаду посттравматичного набряку, поліпшенню кровопостачання і гладкому перебігу післяопераційного періоду. Середній термін перебування в стаціонарі склав 12±2 днів. Деякі пацієнти через 3–4 тижні після операції виходили на роботу, самостійно керували особистим автотранспортом. Аналіз контрольних рентгенограм показав, що рання розробка рухів і осьове навантаження в жодному з випадків не призвели до зміщення відламків і просторової невідповідності суглобових елементів. Були відсутні також ознаки остеопорозу. Кращі результати отримані після ургентних втручань, коли нашарування посттравматичного і післяопераційного періодів дозволило раніше почати функціональну розробку. Металоконструкції видаляли в терміни від шести тижнів до шести місяців. Випадків виходу на інвалідність не було. Через недостатню тривалість спостережень не проводилася оцінка розвитку дистрофічних змін. Цьому питанню будуть присвячені наші подальші дослідження.

Висновки

1. Для профілактики розвитку артрозу, трофічних розладів і контрактур при лікуванні складних переломів ГСС необхідна рання функція суглоба, яка стає можливою при точному і стабільному відновленні анатомічної будови, якого можна досягти шляхом ургентного хірургічного втручання.

2. Операція повинна передбачати: ревізію порожнини суглоба; відновлення ДМС, бічних зв'язок, капсули, довжини малогомілкової кістки та конгруентності артикулюючих поверхонь; забезпечення стабільного остеосинтезу.

3. Запорукою успіху операції є відновлення «ключа» суглоба, завжди розташованого на боці зміщення стопи. Ревізію ушкоджень варто виконувати з боку, протилежного зміщенню в напрямку «ключа», а відбудовні процедури починати від «ключа», завершуючи їх на контралатеральному боці суглоба.

4. Показання до раннього оперативного лікування необхідно розширювати, включаючи туди всі надсиндесмозні і нестабільні черезсиндесмозні переломи, руйнування суглобової поверхні великогомілкової кістки, розриви ДМС і бічних зв'язок.

Список літератури

1. *Ломтатидзе Е.Ш., Ломтатидзе В.Е., Поцелуйко С.В. и др.* Функциональные результаты консервативного и оперативного лечения переломов лодыжек // Сб. материал всероссийской науч.-практ. конфер. «Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей». — Москва, 2003. — С. 204–205.
2. *Мусса Д., Тяжелов А.А.* Особенности оперативного лечения и прогнозирования исходов при повреждениях голеностопного сустава // Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім.. П.Л. Шупика. — Київ, 2002. — Вип. 11. — Кн.1. — С. 410–416.
3. *Семенистый А.Ю., Цыпин И.С., Загородний Н.В., Митбрейт И.М.* Ранняя функциональная нагрузка после остеосинтеза лодыжек // Сб. материал всероссийской науч.-практ. конфер. «Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей». — М., 2003. — С. 279–280.
4. *Чемініс А.Й., Нерянов Ю.М., Кудієвський А.В. та ін.* Оперативне та відновне лікування хворих з гострими ушкодженнями сумково-зв'язквого апарату гомілковостопного суглоба // Ортопед., травматол. — 2003. — № 4. — С. 118–122.