МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту
Державний департамент морського і річкового транспорту України
Професійна спілка робітників морського транспорту України

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 2 (44)
(квітень - березень)

Одеса 2009

застосування для прогнозування лікування та визначення тактики відновлювальних втручань.

Література

1. Курінний І. М. Кількісна оцінка порушень функції кисті та верхньої кінцівки / І. М. Курінний // Врачебное дело. – 1999. – № 6. – С. 99–105.
2. Курінний І. М. Класифікація відкритої поєднаної травми верхньої кінцівки / І. М. Курінний, С. С. Страфун, О. А. Костогриз // Літопис травматології та ортопедії. – 2002. – № 3–4. – С. 45–48.
3. Курінний І. М. Загальні принципи планування хірургічного лікування хворих із наслідками поєднаної травми верхньої кінцівки / І. М. Курінний // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2004. – № 2. – С. 26–32.
4. Курінний І. М. Результати лікування хворих з наслідками поліструктурної травми верхньої кінцівки / І. М. Курінний // Травма. – 2008. – Том. 9, № 4 . – С. 377–382.
5. Brown D. M. Free flap coverage of the hand / D. M. Brown, J. Upton, R. K. Khouri // Clinics in Plastic Surgery. – 1997. – Vol. 24, № 1. – P.57–62.
6. Brandt K. Free flaps as flow-through vascular conduits for simultaneous coverage and revascularization of the hand or digit / K. Brandt, R.K. Khouri, J. Upton // Plast. Reconstr. Surg. – 1996. – № 2. – P. 321–327.
7. Koschnick M. Free tissue transfer: an advanced strategy for postinfection soft-tissue defects in the upper extremity / M. Koschnick, S. Bruener, G. Germann // Ann. Plast. Surg. – 2003. – Vol. 51, № 2. – P. 147–154.
8. Timing of soft tissue reconstruction in severe crush injury of the upper extremity / W. Baer, J. Grünert, K. Lerch [et al.] // Chirurg. – 2001. – Vol. 72, № 11. – P. 1319–1326.

УДК 616.718.5-001.5-06-089.84:[616/714+616.831]-001

К. В. Міренков, В. І. Перцов, Д. С. Івахненко, В. С. Гацак

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Запорізький державний медичний університет
Запорізька міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги

Реферат. К. В. Миренков, В. И. Перцов, Д. С. Ивахненко, В. С. Гацак. **ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.** Проанализирован опыт лечения 216 пострадавших с переломами проксимального отдела большеберцовой кости в сочетании с черепно-мозговой травмой. Для оценки тяжести ЧМТ применялась шкала комы Глазго. Диагноз перелома мыщелков формулировали согласно классификации AO/ASIF. При определении хирургической тактики, ориентирами служили ШКГ и оценка наличия и тяжести шока. Обоснованы показания к применению различных видов остеосинтеза и представлены особенности оперативной техники. Положительные результаты получены у 75% прооперированных пацентов. Сделаны выводы, что в условиях политравмы, практически безальтернативным становится оперативный метод лечения, который необходимо производить в максимально раннем сроке, а при сочетанной ЧМТ, даже одновременно с операциями на головном мозге, отдавая предпочтение остеосинтезу стержневыми аппаратами внешней фиксации.

Ключевые слова: проксимальный эпиметафиз большеберцовой кости, черепно-мозговая травма, перелом, остеосинтез.

© К. В. Міренков, В. І. Перцов, Д. С. Івахненко, В. С. Гацак

Summary. K. V. Mirenkov, V. I. Pertsov, D. S. Ivakhnenko, V. S. Gatsak. **THE TREATMENT FOR FRACTURES OF PROXIMAL TIBIAL DEPARTMENT OF PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMA.** The aim of the present paper is to determine characteristics, terms and level for surgical treatment of proximal tibial epimetaphysial fractures in 216 patients after craniocerebral trauma with vital break ability. The classification by AO/ASIF was applied to define the fractures of epimetaphysis. The Glasgow Outcome Scale was used to evaluate the cranial brain trauma's degree. The findings of the research showed that the acute craniocerebral trauma could not be regarded as the main contra dication for the active treatment of tibial epimetaphysis fractures. On the basis of experience of surgical treatment of 159 patients, various kinds osteosynthesis are analysed and indications to their application are proved. 75% positive results were found in postoperative patients. Features of operative engineering are submitted. The choice of the surgical methods depends on patients vital inability and traumatic degree.

Key words: fracture, proximal tibial part, craniocerebral trauma.

Реферат. К. В. Міренков, В. І. Перцов, Д. С. Івахненко, В. С. Гацак **ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ.** При політравмі необхідним є забезпечення мобілізації потерпілого, то при внутрішньосуглобних ушкодженнях колінного суглоба, практично безальтернативним методом лікування стає оперативний. Оперативне лікування переломів з ушкодженнями тібіального плато необхідно робити в максимально ранньому терміні, а при поєднаній ЧМТ, в окремих випадках, одночасно з операціями на головному мозку. При важких, особливо відкритих ушкодженнях типу С, рекомендовано використовувати ургентний позавогнищевий остеосинтез стержневими апаратами зовнішньої фіксації.

Ключові слова: проксимальний епіметафіз великогомілкової кістки, черепно-мозкова травма, перелом, остеосинтез.

Переломи проксимального відділу великогомілкової кістки являються важкими пошкодженнями, які часто ведуть до втрати опорної та рухової функцій кінцівки, призводячи у 35% до інвалідності [1,3,5]. Поєднання таких ушкоджень з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) значно ускладнює і робить особливо актуальним вибір тактики і методу лікування перелому [2].

Мета роботи – вивчення досвіду лікування переломів проксимального епіметафіза великогомілкової кістки в потерпілих з ЧМТ.

Матеріал і методи. З 2000 по 2008 рік у клініці медицини катастроф Запорізького медуніверситету проліковано 216 потерпілих (125 чоловік і 91 жінка) у віці від 16 до 79 років з переломами проксимального відділу великогомілкової кістки у поєднанні з ЧМТ. Всі хворі доставлені в гострому періоді травми. Для оцінки важкості ЧМТ застосовувалася шкала коми Ґлазго (ШКГ), відповідно до якої: важка ЧМТ спостерігалася в 22 потерпілих, середнього ступеня важкості - у 66, легка - в 128. Діагноз перелому виростків ВГК формулювали й кодували згідно універсальній класифікації AO/ASIF [4].

Важка ЧМТ включала осередковий забій важкого ступеня - 13 хворих, забій головного мозку зі здавленням субдуральною гематомою в 5 хворих, вдавлені переломи черепа з утворенням епідуральної гематоми в 4 хворих. 6 (22%) хворих із цієї групи вмерло. У даній групі переломи проксимального епіметафізу типу А2-3 спостерігалися в 6 пацієнтів, типу В - в 12, типу С – в 4. Оскільки всі хворі цієї групи поступили в клініку в дуже важкому стані (3-5 балів по ШКГ), то до 11 пацієнтів застосоване консервативне лікування. Одномиттєве оперативне лікування, тобто краніотомія з одночасно або послідовно виконаним закритим накладенням стержневого апарата виконане 5 хворим з переломами типу 41А3 та 41С3, що поєднувалися з переломами дистального відділу стегна. 6 пацієнтам заглибний остеосинтез зробили після відновлення вітальних функцій, у середньому через 3 тижні.

У групі пацієнтів з ЧМТ середнього ступеня важкості прооперовано 53 хворих: перкутанний остеосинтез компресуючим пристроєм (12), відкрита репозиція перелому з кістковою аутопластикою і остеосинтезом заглибними конструкціями (31), зовнішній

остеосинтез спице-стержневими апаратами (10). Останній метод був застосований ургентно у 8 постраждалих з переломами типу 41А3 та при поєднанні з переломом стегна.

В 128 хворих спостерігалася легка ЧМТ (струс головного мозку або забій легкого ступеня). Після купірування травматичного шоку, який зумовлював важкість стану, проводилося одночасне лікування ушкодження колінного суглоба й ЧМТ. 29 хворим цієї групи з переломами типу 41А1 та 41В1 проведено консервативне лікування. 22 хворим, що мали незначний зсув відламків, без дефекту суглобної поверхні, зробили закриту репозицію з черезшкірною фіксацією компресуючим пристроєм. 72 хворим здійснена відкрита репозиція з реконструкцією тібіального плато, аутопластикою дефекту, фіксацією гвинтами або підтримуючою пластиною. Стержневі апарати зовнішньої фіксації ургентно наклали 22 пацієнтам. Протягом 3-х тижнів, 11 з них здійснена відкрита репозиція суглобного плато й остеосинтез заглибними конструкціями. 6 хворим фіксацію апаратом подовжили і після артротомії.

Результати і обговорення. Терміни й методи надання допомоги потерпілим із поєднаною травмою мають відмінності від лікування ізольованих ушкоджень. Необхідність збереження мобільності пацієнта робить оперативний метод лікування практично безальтернативним.

Планування хірургічного втручання на колінному суглобі в потерпілих із ЧМТ визначали з урахуванням важкості стану постраждалого, характера перелому й агресивності оперативного втручання. При виробленні хірургічної тактики, орієнтирами служили ШКҐ та оцінка наявності й важкості шоку. В умовах політравми, характер перелому перестає бути визначальним фактором.

Оперативне лікування переломів ділянки колінного суглоба найчастіше було остаточним способом лікування й застосовувалося в різних періодах травматичної хвороби в терміновому, відстроченому або плановому порядку. Виняток становили важкі відкриті багатооскольчасті переломи типу 41А3 та 41С3 після їхньої ПХО й іммобілізації апаратами зовнішньої фіксації в потерпілих із сумнівним прогнозом. У цьому випадку оперативний посібник був тимчасовим. Остаточне лікування провадилося, як правило, після загоєння ран. При цьому здійснювали відкриту репозицію й черезкістковий остеосинтез. Використання заглибних конструкцій при ЧМТ застосовували лише у відстроченому й плановому порядку. Лікування в цьому випадку включало відкрите зіставлення відламків, які фіксували накістково розташованими конструкціями: підтримуючими або опорними пластинами, окремими шурупами, спицями або їх поєднанням.

При розколюванні одного виростка без зсуву або після його відкритої репозиції застосовували остеосинтез канюльованими спонгіозними шурупами. При оскольчастих переломах одного з виростків гомілки використовували підтримуючі пластини. До застосування опорних пластин удавалися при Т- або У-подібних міжвиросткових переломах, оскільки достатня жорсткість фіксації відламків дозволяла уникнути додаткової іммобілізації ушкодженої кінцівки.

У більшості хворих з переломами типу 41В2-3 середня частина суглобної поверхні виростка була роздроблена на мозаїчні кістково-хрящові фраґменти, занурені в спонгіозну кістку. Після елевації суглобної поверхні, утворений у метафізарній кістці дефект заповнювали губчастим аутотрансплантатом, який брали, з епіметафізу стегнової кістки, використовуючи той-же самий доступ. У випадку обмеженого вдавлювання суглобної площадки (тип 41В2), піднімали її кондуктором через окремо зроблений канал, згодом заповнюючи його аутоспонгіозою.

Стержневі апарати використали в 37 випадках. Простота й швидкість монтажу, легкість і зручність та відсутність необхідності додаткової гіпсової іммобілізації, зробили їх перспективним засобом як для ургентного, тимчасового так і для планового, постійного остеосинтезу внутрішньосуглобних переломів.

Результати лікування простежені в терміни від 6 місяців до 8 років. Оцінку результатів лікування проксимального епіметафізу великогомілкової кістки провадили за допомогою шкали Rassmunsen [6]. У більшості випадків одержані добрі (77 переломів - 48%) і відмінні (43 перелома - 27%) результати. В 30 випадках (19%) результати розцінені як задовільні. Незадовільні результати отримані в 9 випадках (6%), в 3 з яких констатовано летальний результат.

Висновки

1. Якщо при політравмі необхідним є забезпечення мобілізації потерпілого, то при внутрішньосуглобних ушкодженнях колінного суглоба, практично безальтернативним методом лікування стає оперативний.
2. Оперативне лікування переломів з ушкодженнями тібіального плато необхідно робити в максимально ранньому терміні, а при поєднаній ЧМТ, в окремих випадках, одночасно з операціями на головному мозку.
3. При важких, особливо відкритих ушкодженнях типу С, рекомендовано використовувати ургентний позавогнищевий остеосинтез стержневими апаратами зовнішньої фіксації.

Литература

1. Гиршин С. Г., Лазишвили Г. Д. Коленный сустав: повреждения и болевые синдромы. - М.: Медицина, 2007. – 236 с.
2. Лядова М. В., Шагинян Г. Г., Бачурский В. Л. Лечение внутрисуставных и околосуставных переломов длинных костей у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой // Вестник РГМУ. – 2003. - № 5(31). – С. 24 - 29.
3. Миренков К. В., Гацак В. С. Оптимальный остеосинтез при переломах мыщелков большеберцовой кости // Сбориник материалов II научно - практ. конференции ФМБА «Лечение больных с повреждениями и заболеваниями конечностей». - Москва, 2005. - С. 66.
4. Мюллер М. Е., Альговер М., Шнайдер Р., Виллинеггер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. – Springer – Verlag, Ad Marginem, 1996. – Гл. I - III. – 211 с.
5. Barei D. P., Nork S. E., Mills W. J., Coles C. P., Henley M. B., Benirschke S. K. Functional outcomes of severe bicondylar tibial plateau fractures treated with dual incisions and medial and lateral plates // J Bone Joint Surg Am.- 2006. – Vol. 12. – P. 43 - 48
6. Rasmussen P. S. Tibial condilar fractures: Impairment of knee joint stabilityas in indification for surgical treatment // J. Bone Joint Surg. Am. – 1981. – Vol. 9. - P. 270 – 274.

УДК 616.717.4-616.727.3-001.5-089.22

*Д. С. Носивец, *Л. Ю. Науменко*

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Днепропетровская государственная медицинская академия
*Шестая городская клиническая больница, г.Днепропетровск

Реферат. Д. С. Носивец, Л. Ю. Науменко **ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.** Авторами статьи на основании результатов биомеханических и клинических исследований определены преимущества комбинированного остеосинтеза при лечении внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плечевой кости. Предложенный метод лечения применен у 12 пациентов возрастом от 18 до 64 лет (средний возраст 39.5 лет). Средний срок наблюдения составил 26,9 мес. (от 12 до 36 мес.) после операции.

© Д. С. Носивец, Л. Ю. Науменко

В. Ю. Гошко, М. С. Кабацій, Д. М. Мороз
М. В. Мельник, Є. Л. Голюк
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ……. 88

V. Yu. Goshko, M. C. Kabatsky, D. M. Moros
M. B. Melnick, Ye. L. Golyuck
SURGICAL TREATMENT OF CONSEQUENCES OF INTRAARTICULATE CRISES PROXIMAL DEPARTMENT OF A FEMUR AT CHILDREN AND TEENAGERS …… 88

А. И. Канзюба, В. Г. Климовицкий
М. А. Канзюба
ПОКАЗАНИЯ К ВНУТРЕННЕМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ И ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ…… 91

A. I. Kanzyuba, V. G. Klymovytskyy
M. A. Kanzyuba
INDICATIONS AND OPERATIVE TECHNIQUE FOR INTERNAL OSTEOSYNTHESIS OF ACETABULUM FRACTURES…….. 91

С. Н. Кривенко, А. И. Бодня
Г. П. Венсеславский
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕЗКОЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА…….. 95

S. N. Krivenko, A. I. Bodnya
G. P. Venseslavskyy
URGENT QUESTIONS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF EXTERNAL OSTEOSYNTHESIS COMPLICATIONS.. 95

І. М. Курінний, С. С. Страфун, О. Г. Гайко
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ ПОЛІСТРУКТУРНИХ УШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ІЗ ЗАМІЩЕННЯМ ДЕФЕКТІВ ТКАНИН ВАСКУЛЯРИЗОВАНИМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ…….. 99

I. M. Kurenny, S. S. Strafun, O. G. Gayko
CONSEQUENCES OF POLYSTRUCTURE UPPER LIMB INJURIES TREATMENT, WITH TISSUES LESIONS REPLACEMENT BY VASCULAR TRANSPLANTS, ANALYSIS
……. 99

К. В. Міренков, В. І. Перцов
Д. С. Івахненко, В. С. Гацак
ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ…….. 105

K. V. Mirenkov, V. I. Pertsov
D. S. Ivakhnenko, V. S. Gatsak
THE TREATMENT FOR FRACTURES OF PROXIMAL TIBIAL DEPARTMENT OF PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMA
…….. 105

Д. С. Носивец, Л. Ю. Науменко
ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ..108

D. S. Nosivets, L. Yu. Naumenko
ADVANTAGES OF COMBINE OSTEOSYNTHESIS FOR INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS
…….. 108

А. И. Швец, В. К. Ивченко
А. А. Самойленко
ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИИ ПЕРЕЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА…….. 113

A. I. Shvets, V. K., Ivchenko
A. A. Samoilenko
OSTEOSYNTHESIS FOR TREATMENT OF DISTAL FEMUR FRACTURES
…… 113