

А. М. Жишкевич, А. М. Жишкевич

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА
ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ
КОСТИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. В. А. Врублевский

Кафедра травматологии и ортопедии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Статья посвящена оценке преимуществ хирургического лечения переломов проксимального отдела большеберцовой кости.

Ключевые слова: Большеберцовая кость, перелом, трудоспособный возраст, хирургическое лечение, классификация травм АО/ASIF.

Resume. This article is devoted to surgical treatment of proximal tibial fractures.

Keywords: Tibial bone, fracture, surgical treatmentt, AO/ASIF classification.

Актуальность. Внутрисуставные переломы мыщелков большеберцовой кости – одни из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата. Их доля составляет 1,5%-8% от переломов костей других локализаций. Число осложнений на протяжении последних 10 лет остается значительным и составляет от 20 до 40%, при этом выход на инвалидность достигает 5,9 % – 9,1%. В отдаленном периоде после травмы развивается тяжелый деформирующий остеоартроз, контрактуры, нестабильность коленного сустава.

Цель: Изучение эффективности (в том числе и экономической) хирургического метода лечения переломов проксимального отдела большеберцовой кости у лиц трудоспособного возраста.

Задачи:

1. Изучить карты стационарного больного пациентов с данными переломами.
2. Провести классификацию переломов по АО/ASIF на основании рентгенологических снимков.
3. Провести сравнение сроков утраты трудоспособности у пациентов после хирургического и консервативного лечения.
4. Оценить экономическую эффективность проведения хирургического лечения данных переломов.

Материал и методы. Были изучены 92 карты стационарного больного и выписки из амбулаторных карт поликлиник пациентов с переломами проксимального отдела большеберцовой кости, обращавшихся с данной патологией в УЗ 6 ГКБ в период с 2012 – 2015гг.

Результаты и их обсуждение. Соотношение женщин и мужчин составило 1:1,97. Средний возраст пациентов – $39,4 \pm 10,9$ лет.

На рисунке 1 представлена структура переломов по классификации АО/ASIF. Очевидно преобладание неполных внутрисуставных переломов наружного или внутреннего мыщелка. В 18,8% имел место перелом проксимального метаэпифиза

ББ кости, а в 13,2% изолированный перелом межмышцелкового возвышения или бугристости Б/Б кости. Полные внутрисуставные переломы были диагностированы у примерно 10% пациентов, у большинства из которых имели место оскольчатые переломы.

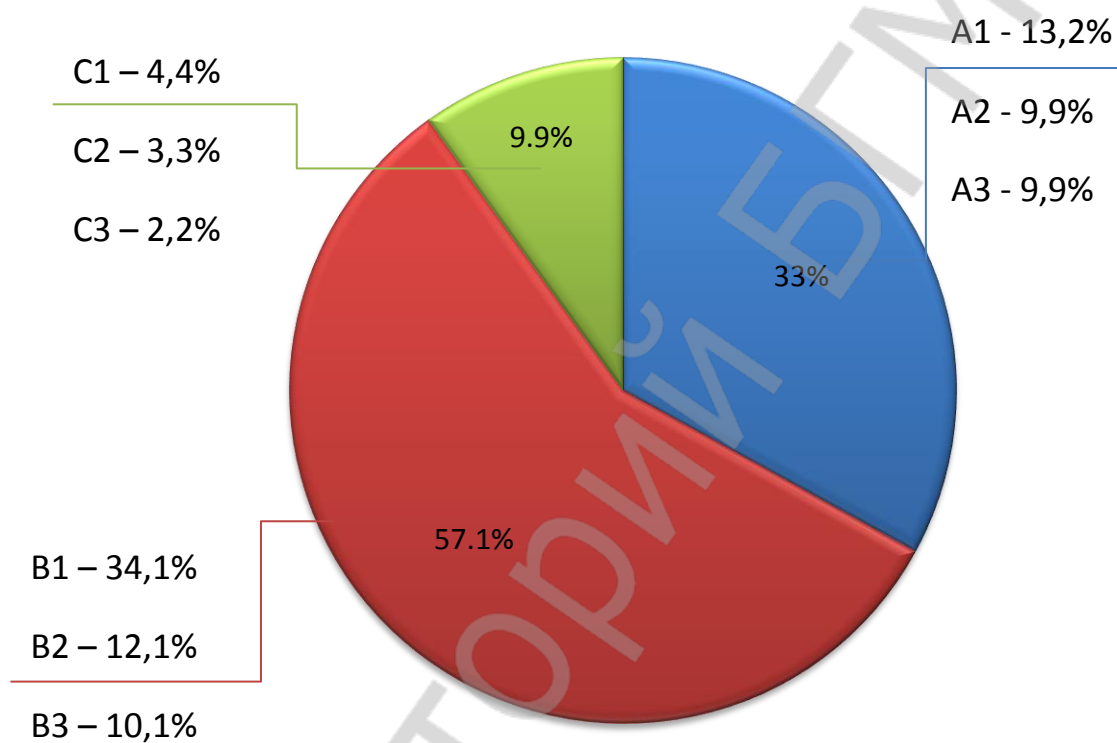


Рисунок 1 – Структура переломов по классификации АО/ASIF

На рисунке 2 представлена структура методов лечения пациентов с 2013 по 2015 годы. Мы видим преобладание оперативного метода лечения в 2014 году и примерно одинаковое соотношение в 2013 и 2015 годах.

Стоит отметить, что консервативное лечение в абсолютном большинстве случаев было представлено иммобилизацией гипсовой повязкой, а также методом скелетного вытяжения.

Суть оперативного метода заключалась в применении накостного остеосинтеза с аллопластикой костной ткани в случае необходимости, в единичных случаях артроскопической операции (A1, B1, B1) и изолированной аллопластики костной ткани (B2, A2).

Тип доступа и выбор материалов (винты и пластины) для хирургического лечения зависел от типа и локализации повреждения.

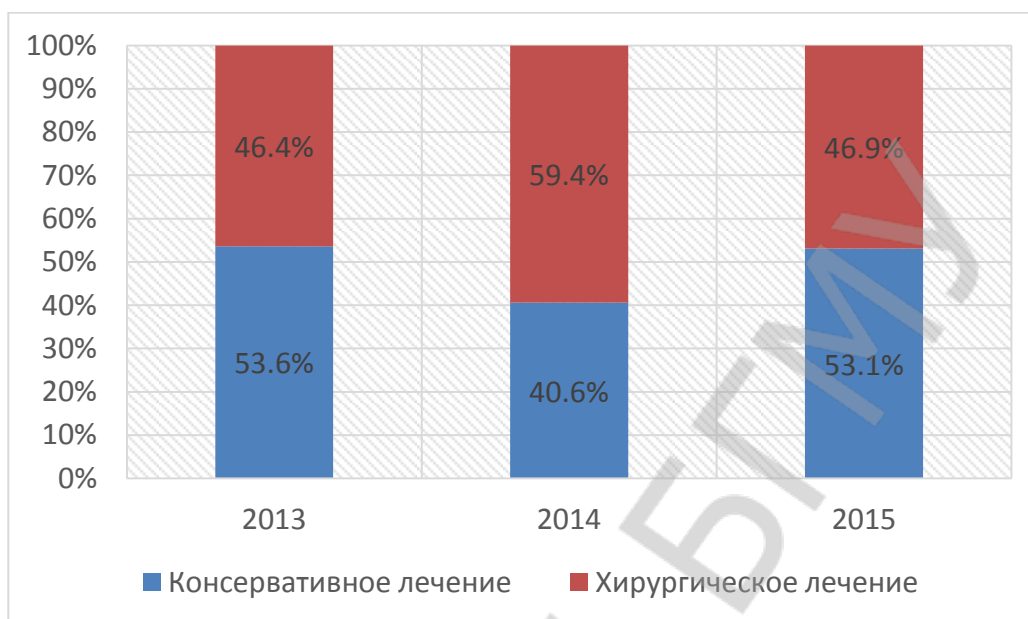


Рисунок 2 – Структура лечения пациентов с проксимальными переломами большеберцовой кости

На данном этапе нашей работы нам не удалось оценить отдалённые результаты лечения наших пациентов, что является нашей дальнейшей задачей, поэтому мы воспользовались результатом работ специалистов ярославской государственной медицинской академии Ключевского и Герасимова, представленном на таблице 1.

Таблица 1 - Сравнительная оценка отдалённых результатов у пациентов с переломами проксимального отдела большеберцовой кости (Ключевский В.В., Герасимов М.П. и соавторы, 2010)

| Результаты | Методы лечения | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------|-------------------------|----------|--------------------|----------|
| | Скелетное вытяжение | | Гипсовая повязка | | Оперативный | |
| | <i>Абс.</i> | <i>%</i> | <i>Абс.</i> | <i>%</i> | <i>Абс.</i> | <i>%</i> |
| Отличные | 0 | 58,8 | 4 | 14,3 | 0 | 41,2 |
| Хорошие | 0 | 29,4 | 5 | 17,8 | 5 | 32,4 |
| Удовлетворительны | 8 | 11,8 | 8 | 8,6 | 0 | 17,6 |

| | | | | | | |
|---------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
| <i>Плохие</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>1</i> | <i>9,3</i> | <i>5</i> | <i>8,8</i> |
| <i>Всего</i> | <i>8</i> | <i>100</i> | <i>8</i> | <i>100</i> | <i>70</i> | <i>100</i> |

Суть оперативного лечения у них также сводилось к применению накостного остеосинтеза, учитывая специфику и тип повреждения. Авторы изучили отдалённые результаты лечения пациентов с переломами проксимального отдела б/б кости с оценкой результатов по Rasmussen, которые и представлены на слайде. По их данным 73,6% пациентов после оперативного лечения имели отличные и хорошие результаты, а в случае скелетного вытяжения в 88,2% случаев, в то время как после лечения гипсовой повязкой 39,3% пациентов отметили неудовлетворительный результат лечения. Стоит отметить, что метод скелетного вытяжения применялся и в случаях оскольчатых переломов (в т.ч. с вдавлением).

В ходе анализа карт стационарного пациента нами были установлены средние сроки нахождения пациентов в стационаре, представленные на рисунке 3. В данный показатель также вошли дни пребывания пациентами в стационаре по поводу дальнейшей реабилитации (в установленных случаях), а также госпитализации по поводу удаления металлоконструкций.

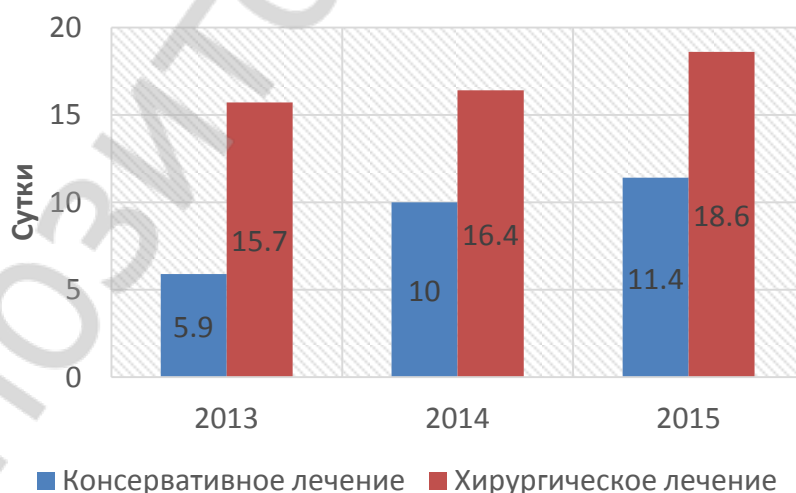


Рисунок 3 – Среднее время нахождения в стационаре пациентов с переломами проксимального отдела большеберцовой кости

Среднее количество суток временной утратой трудоспособности составило 115 дней в случае фиксации гипсовой повязкой и 139 дней после оперативного лечения.

Примерный расчёт стоимости консервативного лечения состоял из суммы:

- (число койкодней x стоимость койкодня)
- (Дни ВУТ – 12) x Средняя заработная плата(в день)
- 12 x 0,8 x Средняя заработная плата(в день)
- * Число койкодней (последующие госпитализации с целью реабилитации) x

стоимость койкодня.

Примерный расчёт стоимости оперативного лечения состоял из суммы:

- (число койкодней x стоимость койкодня)
- (Дни ВУТ – 12) x Средняя заработная плата(в день)
- 12 x 0,8 x Средняя заработная плата(в день)
- Стоимость операций, включая стоимость расходных материалов и операций по удалению конструкций

* Число койкодней (последующие госпитализации с целью реабилитации) x стоимость койкодня.

Таким образом средняя стоимость лечения одного пациента:

- При консервативном лечении - 41,139 млн. бел. руб.
- При оперативном лечении - 61,601 млн. бел. руб.

Стоит отметить, что указанные значения не являются окончательными и будут пересмотрены после дополнительного, более углубленного изучения отдалённых последствий лечения.

Данные цифры являются ближайшими затратами на лечение пациентов и не учитывают экономический эффект от инвалидизации пациентов и других неблагоприятных исходов лечения, потому будут нами в дальнейшем дополнены и уточнены.

Выводы:

- Увеличение количества хирургических вмешательств является перспективными в плане дальнейшего улучшения результатов лечения.
- Экономические затраты на хирургическое лечение пациента в ближайшей перспективе сопоставимы с большей эффективностью метода.
- В качестве альтернативного метода лечения переломов ПОББ кости может рассматриваться метод скелетного вытяжения.

A. M. Zhishkevich, A. M. Zhishkevich

ADVANTAGES OF SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL TIBIAL FRACTURES

*Tutor Associate professor V. A. Vrublevskiy,
Department of Traumatology and Orthopaedics,
Belarusian State Medical University, Minsk*

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

Литература

1. Врублевский В.А. / Комплексное лечение переломов мыщелков большеберцовой кости / Жук, Герасименко. – Palmarium Academic Publishing, 2008. -10-15с.
2. Dewilius, P. J. Closed Reduction of Tibial Plateau Fractures: A Comparison of Functional and Roentgenographic End Results / P. J. Dewilius, J. F. Connolly // Clin. Orthop. 1988; 230:116.
3. Biyani, A. The Results of Surgical Management of Displaced Tibial Plateau Fractures in the Elderly / A. Biyani [et al.] // Injury. 1995; 26:291.
4. Court-Brown, C. M. The epidemiology of tibial fractures / C. M. Court-Brown, J. McBirnie // J Bone Joint Surg Br. 1995; 77:417–21.