

Довгайло А. И.

ПАРНЫЙ СУБКОРТИКАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук доц. Карев Д. Б.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Переломы шейки бедренной кости относятся к часто встречающейся патологии в структуре травм опорно-двигательной системы. В клинической практике имеются данные, указывающие на возрастающую частоту данной патологии среди пациентов трудоспособного возраста, что связано с определенными обстоятельствами получения травмы. У лиц молодого и среднего возраста предпочтение отдается остеосинтезу, используя различные виды металлоконструкций. Одним из малоинвазивных и менее травматичных методов лечения у пациентов с переломами шейки бедренной кости является остеосинтез винтами.

Цель: определение эффективности использования металлостеосинтеза винтами в лечении пациентов с переломами шейки бедренной кости.

Материалы и методы. Основаны на анализе результатов у 24 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ. Среди них 18 пациентов – мужчины, 6 – женщины, в возрасте от 31 до 62 лет. Основными причинами травмы были кататравма, дорожно-транспортное происшествие и травма на производстве. По локализации переломы: трансвертикальные – у 15 человек, субкапитальные – у 6, базальные – у 2. Исходя из классификации Паувелс к 1-му типу отнесены переломы у 5 человек, ко второму – 19. При оценке переломов по степени смещения Гарден к повреждениям 2-й степени отнесены 11, к 3-й – 13 случаев.

Техника остеосинтеза проводилась двумя параллельно введенными винтами, такое положение предотвращает ротацию и дает возможность дозировать компрессию в зоне перелома при их введении. Первым вводился проксимальный винт, который обеспечивал вальгусное расположение центрального фрагмента, так как в процессе консолидации за счет «укорочения» шейки имеется тенденция к варусной деформации. Второй винт располагали в более прочной костной структуре, в проекции дуги Адамса. Длина винтов рассчитывалась таким образом, чтобы основание винта шляпкой упиралось в кортикальный подвертельной области, центральный конец винта располагался в субхондральной зоне головки бедра, где губчатая кость имеет наибольшую плотность. Резьбовая часть винта располагалась только на протяжении центрального фрагмента, в головке бедра, вне плоскости излома для сокращения резорбции кости вокруг фиксатора и осуществления компрессии в зоне перелома.

Результаты и их обсуждение. Были прослежены в сроки от одного до трех лет с использованием системы оценки, разработанной в нашей клинике. Основными критериями, по которым производилась оценка результатов были следующие: полнота консолидации, восстановление функции, болевой синдром, укорочение сегмента и объем движения. Хорошие результаты отмечены у 21 (87,5%), удовлетворительные у 2 (8,5%) и неудовлетворительные – у 1 (4%). К удовлетворительным отнесены результаты с сохранением болевого синдрома в тазобедренном суставе на фоне консолидации перелома, сохранение объема движения до 60% от нормы. К неудовлетворительным у 1 пациента – отсутствие консолидации перелома и раннее осложнение в виде миграции винтов через 3 месяца после операции. Было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Выводы. Остеосинтез шейки бедренной кости винтами является малотравматичным вмешательством, которое при стабильном характере перелома обеспечивает устойчивое положение отломков. Кроме того, парное субкортикальное расположение винтов исключает возможность ротационных смещений фрагментов шейки и обеспечивает функциональную целостность ее на весь период консолидации с ранним восстановлением функции.