

Евсеев Г. М.

ПЕРЕЛОМЫ НАДКОЛЕННИКА

Научный руководитель ассист. Титова А. Д.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Переломы надколенника встречаются в 0,5-1,5% случаев из всех переломов костей скелета (Vulchus R.W. Et al.). Их причисляют к «малым переломам», что соответствует в анатомическом отношении, но не является верным в функциональном, так как нередко после оскольчатых переломов надколенника наблюдаются остеоартроз пателло-фemorального сустава и контрактуры коленного сустава (Lohmander L. 2007).

Лечение переломов надколенника без смещения консервативное и не вызывает затруднений. Однако, до сих пор среди травматологов нет единого мнения по хирургическому лечению пациентов с данным переломом.

Диапазон хирургических операций широкий, и выбор того или иного метода лечения в первую очередь зависит от вида перелома.

Цель: проанализировать подходы к лечению переломов надколенника в лечебном учреждении.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, до- и послеоперационных рентгенограмм 65 пациентов с переломами надколенника, которым было проведено оперативное лечение в период с января 2018 г. по декабрь 2021 г на базе Городского клинического центра травматологии и ортопедии УЗ 6 ГКБ.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выявлено соответствие распределения переломов по классификации АО с данными мировой статистики. На долю поперечных переломов надколенника приходится – 25% случаев, по данным мировой статистики – 32%. Многофрагментарные переломы составляют 38% и 35% соответственно. Отрыв нижнего полюса наблюдался в 18% анализируемых случаев и в 19% – по мировым. Отрыв верхнего полюса в 4% случаев в обоих исследованиях.

Методы лечения подразделяются на консервативные (гипсовая иммобилизация, ортез) и оперативные.

Стандартные, наиболее часто встречающиеся в руководствах методы операций: остеосинтез по Веберу выполнялся у 47 пациентов (72%), кисетный шов у 2 (3%), разгрузочная петля накладывалась у 1 (2%) пациента. Фиксация перелома надколенника винтами осуществлялась у 1 пациента (2%). Нестандартные методы фиксации использовались у 14 пациентов (21%).

В результате исследования рентгенологических результатов было выявлено, что идеальная репозиция суставной поверхности задней фасетки надколенника была достигнута у 64% пациентов. Погрешность исполнения метода остеосинтеза отмечена у 10 пациентов (15%). Не идеальная репозиция суставной поверхности определялась у 9 (14%) пациентов. Перелом не вправлен у 7% пациентов.

Зачастую неидеальная репозиция костных отломков связана с тяжестью перелома (пример многофрагментарные) и невозможностью визуального контроля задней поверхности надколенника. В настоящее время продолжается поиск и разработка путей решения проблемы оскольчатых переломов надколенника, одним из перспективных вариантов является пластина с полиаксиальным блокированием винтов для фиксации многооскольчатых переломов надколенника.

Выводы. Рост числа научных публикаций на тему «переломы надколенника» и наличие большого разнообразия методик оперативных вмешательств доказывает, что изучение данной темы до сих пор интенсивно продолжается. Разработка современных фиксаторов надколенника для многооскольчатых переломов улучшит процент идеальных репозиций в данной группе пациентов.