

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕЗРОЩЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТА ХИБНИХ СУГЛОБІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ**

Веремій О.А., Козловський В.А., Безсмертний Ю.О., Тетерук В.Ф., Токарчук В.Т.,

Стельмащук О.Д., Ісаєнко О.Л.

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна.*

В процесі лікування переломів кісток гомілки в дистальній частині найбільш тяжким і досить частим ускладненням є їх незрошення і утворення хибних суглобів, особливо гіпо- і аваскулярні форми.

Мета роботи полягає в покращенні лікування пацієнтів із незрошеними переломами та хибними суглобами нижньої третини кісток гомілки.

При оперативному лікуванні даного контингенту хворих та інвалідів застосовують переважно три абсолютно різних за змістом методики – накістковий остеосинтез, інтрамедулярний блокуючий остеосинтез, компресійно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим у різних модифікаціях. На жаль, в нашій країні пріоритет у вирішенні проблем хибних суглобів та незрошених переломів ще не обрано. Вибір способу лікування у першу чергу визначається доступністю, а не тактичними перевагами того чи іншого методу. Кожен з них має свої переваги та недоліки, поряд з цим за поєднанням критеріїв «доступність/результативність» метод КДО за Ілізаровим є більш ефективним.

Враховуючи також, що: 1) за даними облітрам МСЕК, згідно яких незрошення та утворення хибних суглобів великогомілкової кістки в нижній третині при використанні накісткового остеосинтезу пластинами зустрічається у 27 % випадків; 2) інтрамедулярний блокуючий синтез досить дорогий в використанні та технологічно ємкий, неможливий при деяких локалізаціях переломів (при короткому дистальному відламку) та при багатоуламкових переломах; 3) КДО за Ілізаровим є гнучким за варіантами тактики, з мінімальною кількістю ускладнень при правильному використанні.

Нами використовується комплексне лікування незрошених переломів та хибних суглобів дистального метаепіфіза великогомілкової кістки ускладнених зміщенням відламків, рубцями шкіри, нейротрофічними розладами. Комплексна лікувальна дія на патологічний процес включає передопераційну підготовку із застосуванням як медикаментозних, так і немедикаментозних засобів (фізіотерапія, підготовка місцевих тканин). Практично у всіх випадках застосовувалась остеопериостальна декортикація. В залежності від виду перелому проводилась економна резекція уламків з формуванням достатньої площини контакту уламків, кісткова аутопластика губчастим або кортикальним аутотрансплантатом, стабільна фіксація відламків апаратом Ілізарова, за необхідністю білокальний варіант тактики з заміщенням дефекту при великих резекціях, функційно-відновне лікування в післяопераційному періоді.

За останні 10 років з використанням вищевказаної методики оперовано 85 хворих. Середній вік пацієнтів склав 46 років. Незрошені переломи мали місце в 49, хибні суглоби в 36 випадках. Причиною незрошення у 75% випадків був нестабільний остеосинтез накістковими пластинами (з них 22% ускладнених післяопераційним остеомієлітом). 6 % хворих вже були оперовані раніше інтрамедулярним остеосинтезом, а іншим проводилося консервативне лікування.

Віддалені наслідки вивчені у всіх хворих в терміни до 5 років. Позитивні результати (кісткове зрощення) досягнуті у 100%. Середній термін консолідації склав 5,5 місяця.

Таким чином, на нашу думку, компресійний остеосинтез апаратом Ілізарова з економною резекцією зони хибного суглобу в поєднанні з кістковою аутопластикою є ефективним та найбільш доцільним на сьогодні методом лікування цього контингенту хворих та інвалідів.