

Данная статья подробно освещает современные методы диагностики метатарзалгии у пациентов с метатарзалгией в сочетании с Hallux Valgus. Авторами приведены современные, высокоэффективные подходы к проведению диагностики, с использованием ультразвукографических исследований. Проанализированы результаты сонографического исследования количественных и качественных характеристик тканей плантарной поверхности стопы у 28 пациентов с локализацией метатарзалгии под головками 2 - 4 плюсневых костей (всего 106 плюснефаланговых сустава). Для сравнения было сформировано группу из 20 практически здоровых лиц без визуальных признаков патологии стопы и отсутствием жалоб. В них исследовали 2-й ПлФС на обеих стопах (40 исследований). Подробно выделена структура плантарной пластинки капсулы плюсна фаланговых суставов в норме и при метатарзалгии в сочетании с Hallux Valgus, что значительно повышает эффективность диагностики, выбора тактики и метода хирургического лечения данной категории пациентов. Повреждение ЧП капсулы плюсна фаланговых суставов в проявлении дегенерации тканей уплотнения, растяжения, и полного разрыва и является анатомической составляющей метатарзалгии, ярко демонстрирует ультразвукографические исследования переднего отдела стопы. Уровень повреждения ПП объективно освещает объем оперативного вмешательства у пациентов с Hallux Valgus в сочетании с метатарзалгией.

Ультразвукографическим исследованием установлено, что в основе метатарзалгии в сочетании с Hallux valgus лежат дегенеративные изменения плантарной пластинки капсулы плюснефалангового сустава, также установлено, что толщина плантарной пластинки не может служить объективным критерием оценки метатарзалгии. Угловые показатели переднего отдела стопы у пациентов с Hallux valgus в сочетании с метатарзалгией не влияют на локализацию метатарзалгии. Представленная в работе схема диагностики больных с Hallux valgus в сочетании с метатарзалгией может быть рекомендована к применению в специализированных ортопедо-травматологических учреждениях.

**Key words:** plantar plate, ultrasonography, Hallux Valgus, metatarsalhiya.

**Ключевые слова:** плантарная пластинка, ультразвукография, Hallux Valgus, метатарзалгия.

**Ключові слова:** плантарна пластинка, ультразвукографія, Hallux Valgus, метатарзалгія.

УДК 616.9 - 002.4 – 089

*О. С. Герасименко, О. Б. Тымчук, К. Л. Масунов*

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

### **FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF SOFT TISSUE INFECTIONS NECROTIC**

Военно-медицинский клинический центр Южного Региона, Украина

Некротические инфекции мягких тканей характеризуются тяжестью инфекционного процесса, обширностью патологических изменений, генерализацией инфекции, необходимостью коррекции имеющейся полиорганной дисфункции. К ним относятся: клостридиальные и неклостридиальные некротические целлюлиты, некротизирующий фасциит, клостридиальный и неклостридиальный мионекроз, целлюлофасциит, целлюлофасциомиозит и другие.

За последние 5 лет в ВМКЦ ЮР на лечении находилось 114 больных с некротическими инфекциями мягких тканей. Из них с некротическим целлюлитом 16 больных (14%), с фасциитом 10 больных (9%), с мионекрозом 10 больных (9%), с целлюлофасциитом 48 больных (42%), с целлюлофасциомиозитом 30 больных (26%).

Проведенный нами анализ выполненных оперативных вмешательств в отделении хирургической инфекции за последние 5 лет показал, что количество больных с некротическими инфекциями мягких тканей ежегодно возрастает. Значительно увеличилось число больных с комбинированными некротическими инфекциями мягких тканей. Анаэробной клостридиальной инфекции у раненых в зоне АТО нами не наблюдалось.

Большое внимание уделялось хирургическому лечению некротических инфекций мягких тканей, которое заключалось в наиболее ранней хирургической обработке гнойного очага. Вскрытие и дренирование гнойного очага осуществлялось широким доступом, превышающим границы пораженных тканей на 7-10 см. При этом проводилась тщательная ревизия подкожной клетчатки, фасций и межмышечных пространств. Оперативные вмешательства заключались в радикальной хирургической обработке с иссечением всех нежизнеспособных тканей. Большинству больных (89%) выполнялись повторные некрэтомии (от 2-х до 10-ти). Необходимость коррекции полиорганной дисфункции возникла в 67% случаев – у 76 больных. Предоперационную подготовку пациента проводили в условиях реанимационного отделения, так как некротическая инфекция сопровождалась тяжелыми нарушениями гомеостаза. В пластическом закрытии обширных дефектов после выполненных некрэтомий нуждались 84 больных (74%), из них 39-ти больным выполнена пластика собственными тканями, 37-ми больным - свободными лоскутами и 8 больным выполнены комбинированные виды пластик. Умерло 3-е больных (2,6%) от нарастающей полиорганной недостаточности.

Применение активной хирургической тактики, выполнение более широкого доступа, послойная ревизия тканей, многоэтапные некрэтомии с механическим удалением оставшихся нежизнеспособных тканей, ежедневные перевязки с промыванием ран растворами антисептиков, хорошая предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения и антибиотекотерапия, ориентированная на чувствительность микрофлоры, значительно снижают вероятность генерализации инфекционного процесса и возникновения полиорганной дисфункции в послеоперационном периоде.

**Key words:** necrotizing infection of soft tissue, surgical treatment, broad access:

**Ключевые слова:** некротическая инфекция, мягкая ткань, хирургическое лечение, широкий доступ;

**Ключові слова:** некротична інфекція, м'яка тканина, хірургічне лікування, широкий доступ.