

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОПОРОСПОСОБНОСТИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПАНАРТРИТАХ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ МОС ПОГРУЖНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

*Щадько А.А., Рушай А.К., Бодаченко К.А., Чучварев Р.В.
Донецкий НИИТО ДНМУ им. М.Горького, Донецк, Украина*

Повреждения голеностопного сустава занимают одно из ведущих мест среди повреждений конечностей, как по частоте, так и по длительности потери трудоспособности. Широкое применение погружных конструкций увеличивает частоту гнойных осложнений при данной патологии.

Целью нашей работы явилось улучшение результатов лечения больных с гнойными артритами голеностопного сустава при значительном поражении большеберцовой и таранной костей на основе внедрения индивидуального реконструктивно-восстановительного подхода.

Материалы и методы

В отделении с 2003 по 2007 гг. находились на стационарном лечении 56 больных с гнойно-деструктивными поражениями голеностопного сустава. В анамнезе 34 больным (60,7%) первично выполнялся металлоостеосинтез переломов шурупами и пластинами. Это определяло значительное повреждение нижней трети большеберцовой кости.

Тактика и объем оперативного вмешательства определялись давностью, размерами поражения, степенью вовлечения в патологический процесс костей, образующих голеностопный сустав; состоянием окружающих мягких тканей. Во время оперативного вмешательства мы пытались объединить следующие принципы: радикальность, малую травматичность, раннюю надежную пластику возникших дефектов, стабильную фиксацию, раннее восстановление опороспособности.

При обширном поражении большеберцовой кости проводилась сегментарная резекция нижней трети большеберцовой кости, резекция суставной поверхности таранной кости, и накладывался спице-стержневой аппарат в нейтральном положении с возможностью замещения дефекта. На 7-й день после операции выполнялась полузакрытая (патент Украины № 62162) остео-

томия в средней-верхней трети большеберцовой кости, замещался дефект по Илизарову. По замещению дефекта после контрольной рентгенографии нами выполнялся третий этап операции – открытое сопоставление большеберцовой кости с таранной костью.

Такая тактика реконструкции конечности обеспечивало радикальное удаление очага инфекции, более быстрое восстановление опороспособности.

Консервативная терапия включала в себя антибиотики широкого спектра действия, витамины, эндотелиопротекторы, иммуностимуляторы, адекватное обезболивание. Использование физиотерапевтических (светотерапия и ультразвук) методов лечения уже на ранних этапах способствовало более благоприятному течению воспалительного процесса, уменьшению сроков заживления.

Проводимое нами комплексное лечение позволило купировать воспаление и восстановить опороспособность конечности в 100% случаев. У 28 больных (82,4%) исход расценивался нами как хороший, у 6 (17,6%) – как удовлетворительный.

Выводы

1. Гнойный артрит голеностопного сустава после применения пластин и шурупов сопровождался значительным поражением большеберцовой кости.
2. Хирургическая тактика включала радикальное удаление пораженной большеберцовой кости по типу сегментарной резекции, замещение дефекта по Илизарову и большеберцово-таранное синостозирование.
3. Обязательным компонентом являлось медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.
4. Предложенная тактика позволила во всех случаях провести реконструкцию конечности, купировать воспалительный процесс и восстановить опороспособность.