

В.Г.Климовицкий, А.А.Антонов, О.В.Лавриненко, В.Ю.Черныш.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСКОЛЬЧАТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАРАННОЙ КОСТИ

Все переломы таранной кости, как правило, являются сложными повреждениями стопы, требующими определённых усилий в реабилитации больных с восстановлением функции опоры конечности и стереотипа ходьбы. Наиболее сложными в тактическом и лечебном аспекте являются оскольчатые переломы и переломо-вывихи таранной кости 3, 4 и 5 типов по Hawkins, (1970).

Нами разработана методика хирургической реабилитации таких пострадавших, предполагающая открытую анатомическую репозицию фрагментов таранной кости, остеосинтез переломов шурупами или спицами (как с выведением их на кожу, так и в погружном варианте) и чрезкостный остеосинтез аппаратом спицестержневого типа. Особенности последнего является то, что внешняя конструкция состоит из двух модулей. В раннем послеоперационном периоде модули на голени и стопе жёстко соединены резьбовыми штангами, что позволяет контролировать величину дистракции в голеностопном и подтаранном суставах, обеспечить функцию опоры на конечность в аппарате. С 4-5 недели производили смену жёсткой фиксации между модулями АВФ на шарнирную с сохранением умеренной дистракции. Шарниры центрировались в оси вращения голеностопного сустава, что позволяло обеспечить пациенту активные и пассивные движения в нём для ранней реабилитации. Возможность таких движений обеспечивалась демпфер-системой из резинового жгута и жёсткого подстопника со стелькой-супинатором для формирования свода стопы.

Выполнено 25 операций по разработанной методике у 23 пациентов с центральными оскольчатыми переломами и переломо-вывихами таранных костей. 14 повреждений (56%) были открытыми. В 24 случаях (96%) в сроки 3 – 4 мес. после травмы достигнуто сращение.

У одного больного отмечена посттравматическая деформация таранной кости, у 6 (24%) отмечены рентгенологические признаки её асептического некроза, при этом клинически болевой синдром был незначительным. Реабилитация ношением ортопедической обуви использована в 5 случаях, а в одном случае потребовалось выполнение артродеза голеностопного сустава.

У всех пациентов конечность оставалась опорной, объем движений в голеностопном суставе был удовлетворительным, показаний к повторной оперативной коррекции не возникло.

Всем пациентам назначалась частотная разработка активных пассивных движений в голеностопном суставе, а больным, не имевшим противопоказаний к ранней активизации (сочетанные и множественные травмы), была разрешена ранняя дозированная нагрузка на оперированную конечность в аппарате.

Таким образом, аппарат внешней фиксации обеспечивает раннюю функцию суставов и опороспособность стопы, позволяет совместить периоды иммобилизации и реабилитации и значительно повысить качество жизни пациентов. Также внешняя конструкция осуществляет тракционную разгрузку суставных поверхностей подтаранного и голеностопного суставов, создавая, по нашему мнению, оптимальные условия для реваскуляризации зоны перелома таранной кости. При лечении оскольчатых переломов и переломо-вывихов таранной кости указанные преимущества АВФ превосходят неудобства, обусловленные наличием внешней конструкции, что является основанием для применения разработанной методики.