

6. Rukavina A. The role of fibular length and the width of the ankle mortise in post-traumatic osteoarthritis after malleolar fracture // Int. Orthop. — 1998. — Vol.22. — №6. — P. 357-560.
7. Mont M.A., Sedlin E.D., Weiner L.S. et al. Postoperative radiographs as predictors of clinical outcome in unstable ankle fractures // J. Orthop. Trauma. — 1992. — №6. — P. 352-357.

В.Г.Климовицький, Бірук Мунсіф, Л.Д.Гончарова, О.А.Тяжелов. Критерії прогнозування результатів лікування при пошкодженнях гомілкового суглоба. Донецьк, Харків, Україна.

Ключові слова: гомілковий суглоб, пошкодження, лікування, прогноз.

Проаналізовано причини незадовільних наслідків та ускладнення при лікуванні пошкоджень гомілково-востопного суглоба. На основі аналізу цих даних виявлено найбільш вагомими критерії прогнозування результатів лікування хворих. Такими вагомими критеріями є особливості пошкодження медіальних та латеральних структур, що стабілізують суглоб, розміри та ступінь зміщення фрагменту заднього краю великогомілкової кістки, розрив міжгомілкового синдесмозу.

V.G.Klimovitskiy, Biruk Munsif, L.D.Goncharova, A.A.Tyazhelov. Forecasting criteria of outcomes of the treatment of ankle injury. Donetsk, Kharkiv, Ukraine.

Key words: ankle joint, injury, treatment, prognosis.

Causes of failure and complications in the treatment of ankle injury are analyzed. On the basis of these analyses the most significant forecasting criterions of outcomes of treatment of patients with ankle injury are revealed. To these criterions the features of medial and lateral stabilization ankle structures, quantity and degree of tibial posterior margin fragment displacement, syndesmotic injury are concerned.

Надійшла до редакції 30.03.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасєва, 2009
УДК 616.718.5 – 001.5 – 089.843 – 053.9

Ургентная хирургическая помощь больным с переломами лодыжек

Г.П.Брысюк, А.С.Замлинский, И.Ю.Миненко, С.Л.Кучеренко,
М.В.Гайдук, И.И.Гаврилов (мл.)

Луганская городская многопрофильная клиническая больница №9
(главный врач – доцент Ю.Ф.Чумак)
Луганск, Украина

Приведены результаты оперативного лечения 49 больных с переломами лодыжек, прооперированных в ургентном порядке. Установлено, что оперативное лечение больных с применением металлоконструкций, обеспечивающих стабильную фиксацию переломов, позволяет начинать активную ЛФК в раннем послеоперационном периоде, что, в свою очередь, дает возможность восстанавливать трудоспособность большинства больных в сроки до трех месяцев с момента травмы.

Ключевые слова: ургентная хирургия, переломы лодыжек.

Введение

Постоянный интерес травматологов к проблеме лечения переломов лодыжек объясняется тем, что данная патология, по данным разных авторов, составляет до 20% от общего количества переломов [2-4].

Необходимость более строгого соблюдения основных принципов лечения внутрисустав-

ных переломов, которые заключаются в анатомической репозиции костных фрагментов, стабильной фиксации и ранней функции поврежденного сустава, обуславливает факт, что оперативный метод лечения в настоящее время стал основным. Это, в свою очередь, значительно сокращает сроки реабилитации и, в конечном итоге, улучшает результаты лечения.

В руководствах по травматологии и периодической литературе достаточно полно освещены показания к оперативному лечению переломов лодыжек, методы остеосинтеза при различных типах переломов, послеоперационное ведение больных [5, 6]. Большое разнообразие металлоконструкций, существующее ныне в травматологии, позволяет подобрать оптимальный вариант при индивидуальном подходе к каждому больному [1, 7].

В нашем отделении отработана методика оказания оперативной помощи при переломах лодыжек в ургентном порядке. Все врачи отделения в полном объеме владеют методиками оперативного лечения рассматриваемой патологии. Оперативное вмешательство стараемся проводить в сроки до наступления значительного отека травмированной зоны, т.е. в течение 4-6 часов после травмы, после минимальной предоперационной подготовки. Основное внимание во время операции уделяется максимально возможному восстановлению анатомии и достижению максимально стабильной фиксации фрагментов.

Целью данной работы явился анализ результатов хирургического лечения больных с переломами лодыжек в ургентном порядке.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 49 пациентов с закрытыми переломами лодыжек типа В, которым в ургентном порядке в 2008 г. выполнено оперативное вмешательство. Из них был 21 мужчина и 28 женщин. Возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У 36 пациентов перелом латеральной лодыжки сочетался с переломом медиальной лодыжки, в 13 случаях был диагностирован разрыв дельтовидной связки и в 5 случаях перелом лодыжек сопровождался отрывом фрагмента заднего края большеберцовой кости, который превышал 1/3 суставной поверхности (перелом типа В3). Во всех случаях отмечался подвывих стопы наружу. Все пациенты изучаемой группы были прооперированы в первые 6 часов с момента травмы. Всем пациентам данной группы был выполнен остеосинтез различного типа металлоконструкций.

Методики операций заключались в следующем. Под регионарной анестезией в положении пациента на здоровом боку выполнялся стандартный доступ к перелому наружной лодыжки, рекомендованный группой АО. После ревизии перелома и устранения интерпозиции мягкими тканями осуществляли репозицию

фрагментов. После репозиции фрагментов производили их провизорную фиксацию 2-3 1 мм спицами Киршнера к метаэпифизу большеберцовой кости.

Следующим этапом производился собственноручно остеосинтез наружной лодыжки винтами (31 пациент – 63%), пластинами АО или LCP (18 пациентов – 37%). После завершения остеосинтеза удаляли провизорные спицы. Затем из того же разреза проводилась фиксация винтом межберцового синдесмоза. Следующим этапом через разрез в области внутренней лодыжки, при необходимости, производилась репозиция внутренней лодыжки с фиксацией маллеолярным винтом и спицей Киршнера. В случаях с переломами заднего края большеберцовой кости через дополнительный задненаружный разрез производилась его репозиция и фиксация винтом. Перед закрытием раны устанавливали активный дренаж. В послеоперационном периоде иммобилизацию поврежденной конечности осуществляли гипсовой шиной в течение 12-14 дней. Особое внимание в раннем послеоперационном периоде уделяли профилактике посттравматического отека и трофических расстройств. Дозированная нагрузка на оперированную конечность разрешалась через 4 недели, а полная – через 7-8 недель с момента операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лечения пациентов изучаемой группы прослежены от 6 до 18 месяцев с момента операции. При оценке результатов лечения придерживались трехбалльной системы.

Критериями оценки «хорошо» считали исходы лечения пациентов, которые не предъявляли жалоб, контуры поврежденного голеностопного сустава были сохранены, движения в нем не ограничены, нейротрофических нарушений не определялось, на рентгенограммах соотношение костей, образующих голеностопный сустав, было правильное, признаков артрозных изменений сустава не определялось.

Оценке «удовлетворительно» соответствовали результаты лечения больных, у которых периодически возникали боли в области поврежденного сустава, связанные с физической нагрузкой и переменой погоды. У больных этой группы имели место незначительные проявления нейротрофических нарушений (в виде преходящего отека), движения в поврежденном суставе были ограничены на 10-15 градусов. На рентгенограммах соотношение костей, образующих голеностопный сустав, было пра-

вильное, в отдельных случаях определялись незначительные признаки остеоартроза.

Критериями оценки «неудовлетворительно» считали исходы лечения больных, у которых боли в области поврежденного сустава носили постоянный характер, голеностопный сустав был деформирован, имели место контрактура сустава, стойкие проявления нейротрофических нарушений, рентгенологически определялись выраженные признаки остеоартроза и подвывих стопы.

При оценке отдаленных результатов лечения данной группы пациентов оценка «хорошо» определена у 41 больного, оценка «удовлетворительно» – у 7, неудовлетворительных исходов – 1. Удовлетворительные результаты лечения у 7 пациентов были определены из-за умеренного ограничения тыльной флексии в голеностопном суставе вследствие недостаточно активных занятий ЛФК в послеоперационном периоде. Один неудовлетворительный результат отмечен у 45-летнего мужчины, у которого в послеоперационном периоде через три месяца после операции развился оссифицирующий миозит, тяжелый деформирующий артроз, и, в конечном итоге, через 10 месяцев развился анкилоз голеностопного сустава.

Необходимо отметить особую стабильность фиксации при применении пластин с угловой стабильностью (LCP), которые даже в условиях экстремальных режимов не привели к дестабилизации перелома. В исследуемой группе четверо пациентов практически с первого дня после операции нарушали режим нагрузки, приступая на оперированную конечность во время ходьбы на костылях. У одного из пациентов (мужчина 68 лет) на 3 день после операции

развилося острое психическое расстройство (алкогольный делирий), вследствие чего пациент некоторое время ходил с полной нагрузкой на оперированную конечность. Ни у одного из указанных пациентов не было отмечено миграции металлоконструкций с вторичным смещением фрагментов. У всех пациентов исследуемой группы на контрольных рентгенограммах, выполненных через 6 недель после операции, отмечены четкие признаки адекватной репаративной регенерации.

Данные анализа ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения переломов лодыжек в изучаемой группе пациентов указывают на то, что применение оперативного метода лечения в ургентном порядке, при соблюдении соответствующих требований методологии вмешательства – ближайшие 4-6 часов после травмы, минимальной, но адекватной предоперационной подготовке и активной ЛФК в раннем послеоперационном периоде дает хорошие результаты. При этом уже к трем месяцам с момента травмы у большинства пациентов (37 человек) была восстановлена трудоспособность.

Выводы

Остеосинтез переломов лодыжек в ургентном порядке позволяет в сроки до трех месяцев добиваться положительных анатомо-функциональных результатов лечения у данных пациентов.

При выполнении остеосинтеза переломов лодыжек в ургентном порядке целесообразно использовать металлоконструкции, которые обеспечивают стабильную фиксацию перелома и позволяют в раннем послеоперационном периоде проводить разработку движений в поврежденном голеностопном суставе.

Литература

1. Лазарев А.Ф., Солод Э.И. Биологический погружной остеосинтез на современном этапе // Вестник травматол. ортопед. – 2003. – №3. – С. 20-26.
2. Каллаев Н.О., Лыжина Е.Л., Каллаев Т.Н. Сравнительный анализ оперативных методов лечения около- и внутрисуставных переломов и переломовывихов голеностопного сустава // Вестник травматол. ортопед. – 2004. – №1. – С. 32-35.
3. Побел А.Н., Полещук И.Л., Амро Т.А. и соавт. Оперативное лечение около- и внутрисуставных переломов дистального отдела костей голени // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2003. – №3. – С.59-62.
4. Мюллер М.Е., Альгвер М., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. – Springer-Verlag, 1996.
5. Schatzker J., Tile M. Переломы в пределах голеностопного сустава // Margo Anterior. – 1999. – №2-3. – С. 8-15.
6. Neubauer Th., Wagner M., Hammerbauer Ch. Пластины с угловой стабильностью LCP-новый АО стандарт на костного остеосинтеза // Вестник травматол. ортопед. – 2003. – №3. – С. 27-35.
7. Kim T. et al. Fixation of osteoporotic distal fibula fractures: a biomechanical comparison of locking versus conventional plates // J. Foot Ankle Surg. – 2002. – Vol. 46. – P. 2-6.

Г.П.Брисюк, А.С.Замлинський, І.Ю.Міненко, С.Л.Кучеренко, М.В.Гайдук, І.І.Гаврилов (мол.). Ургентна хірургічна допомога хворим з переломами кісточок. Луганськ, Україна.

Ключові слова: ургентна хірургія, переломи кісточок.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наведені результати оперативного лікування 49 хворих з переломами кісточок, прооперованих в ургентному порядку. Встановлено, що оперативне лікування хворих з використанням металевих конструкцій, що забезпечують стабільну фіксацію переломів, дозволяє починати активну ЛФК в ранньому післяопераційному періоді, що, у свою чергу, дає можливість поновлювати працездатність більшості хворих у термін до трьох місяців після травми.

G.P.Brisuk, A.S.Zamlinskiy, I.Yu.Minenko, S.L.Kucherenko, M.V.Gayduk, I.I.Gavrilov (jr.). Emergency surgical care of patients with fractures of ankle. Lugansk, Ukraine.

Key words: urgent surgery, fractures ankles.

The results of operative treatment of 49 patients with fractures of ankle, operated in emergency cases, were given. Operative treatment of patients with usage of metal constructions for stable fixation of fractures allows to start active exercise therapy in the early post-operative period, that gives opportunity to regain working ability of most of the patients in a period of 3 months after injury.

Надійшла до редакції 30.03.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2009
УДК 617.586.2 – 001.5 – 08

Лечение больных с внутрисуставными переломами пяточной кости

И.И.Гаврилов

Луганская городская клиническая многопрофильная больница №9
(главный врач – доцент Ю.Ф.Чумак)
Луганск, Украина

Проведен анализ лечения 163 больных с внутрисуставными переломами пяточной кости. Изучены результаты лечения больных в зависимости от применяемого метода лечения. Выяснено, что при лечении больных с данной патологией преимущество имеет оперативный метод, когда удастся добиться восстановления анатомического соотношения подтаранного сустава и формы пяточной кости.

Ключевые слова: пяточная кость, переломы.

Введение

Переломы пяточной кости составляют около 3% от всех переломов костей скелета и около 60% от переломов костей предплюсны [2]. Различают два вида переломов пяточной кости: внесуставные и внутрисуставные. По данным литературы, на внутрисуставные переломы пяточной кости приходится 75-86%, а на внесуставные – 14-25% [2, 4]. Внутрисуставные переломы пяточной кости относятся к тяжелым повреждениям, которые часто приводят к стойким нарушениям статико-динамической функции стопы. Неблагоприятные исходы при внутрисуставных переломах пяточной кости обусловлены развитием остеоартроза подтаранного сустава, латеральным импиджментом, вальгусной или варусной деформацией стопы,

травматическим плоскостопием, контрактурой голеностопного сустава, трофическими нарушениями и фиброзными изменениями мягких тканей стопы, остеопорозом [1, 3, 5].

Высокая частота и тяжесть данных повреждений являются основанием для изучения вопросов, связанных с решением этой актуальной проблемы. Лечение больных с внутрисуставными переломами пяточной кости представляет трудную задачу, что, с одной стороны, обусловлено сложным анатомическим строением пяточной кости, а с другой – многообразием типов переломов данной кости.

Известно, что для лечения больных с данной патологией применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения. Выбор метода лечения зависит не только от