

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

типа перелома, что, на наш взгляд, является определяющим, но и от целого ряда факторов и обстоятельств. При выборе тактики лечения больных с внутрисуставными переломами пяточной кости довольно часто приходится принимать во внимание общее состояние пострадавшего, наличие сочетанных повреждений и сопутствующей патологии, время обращения за медицинской помощью, социально-экономический статус больного и его отношение к предлагаемой тактике лечения.

Знание травматологом последствий лечения больных с внутрисуставными переломами пяточной кости различными методами поможет аргументированно осуществлять лечебный процесс пострадавших с данной патологией.

Целью настоящей работы явилось изучение исходов лечения больных с внутрисуставными переломами пяточной кости, которые лечились различными методами.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 163 пациента с внутрисуставными переломами пяточной кости (типы С2 и D), которым проводилось лечение в условиях травматологического отделения за период с 2005 по 2008 г. Возраст пострадавших варьировал от 22 до 63 лет. Женщин было 26 человек, мужчин – 137. Практически все пострадавшие получили травмы в результате падения с высоты и упором на стопы. Переломы обеих пяточных костей были у 20 пациентов, а сочетание переломов пяточной кости с другими повреждениями опорно-двигательной системы были отмечены у 30 пациентов. В зависимости от выбранного метода лечения все пациенты были распределены на четыре группы.

В 1 группу пострадавших вошли 63 пациента, которым был применен фиксационный метод лечения. При поступлении в стационар им проводилась закрытая коррекция перелома и осуществлялась гипсовая иммобилизация, которая заключалась в наложении задней гипсовой шины на 5-10 дней (до исчезновения отека стопы и голени), а затем циркулярной гипсовой повязки «сапожок» на период до 8 недель с момента травмы.

Во 2 группу больных были включены 37 пациентов, которым проводилось лечение методом скелетного вытяжения. Спицу для скелетного вытяжения проводили через бугор пяточной кости. В более ранних наблюдениях (2005-2006 гг.) тягу за спицу осуществляли

в двух направлениях по методике Каплана, а в последние годы технология этого способа была нами изменена, и мы стали применять одноосевое вытяжение. На вытяжении пациенты находились 4-5 недель, а затем в течение такого же периода времени им проводилась фиксация конечности гипсовой повязкой «сапожок». После снятия гипсовой повязки разрешалась дозированная нагрузка на поврежденную ногу в рациональной обуви со стельками-супинаторами, а полная – не ранее чем через 12 недель с момента травмы.

3 группа пострадавших с данной патологией составляла 54 человека. Им выполнялось лечение методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову. При этом компоновка аппарата внешней фиксации заключалась в следующем. Базовый блок аппарата располагался на голени и состоял из кольца с двумя взаимоперекрещивающимися спицами, расположенными в нижней трети голени, и полукольца со стержнем в верхней трети. Через бугор пяточной кости проводили 1-2 спицы и фиксировали их в полукольце. Передний отдел стопы фиксировали 1-2 спицами, проведенными через плюсневые кости. Спицы фиксировали в полукольце. Кольцо и полукольца соединяли штангами с шарнирами. Перед стабилизацией перелома аппаратом внешней фиксации проводили одномоментную ручную, ненасильственную коррекцию костных фрагментов, восстанавливая длину, ось, ширину и высоту пяточной кости. После рентгенконтроля при необходимости дополнительно осуществляли коррекцию перелома. Фиксация стопы и голеностопного сустава аппаратом продолжалась 2-2,5 месяца.

В 4 группу больных были включены 9 пациентов, которым проводилось оперативное лечение, которое заключалось в выполнении наружного L-образного доступа с поднадкостничным выкраиванием полнослойного кожного-надкостничного лоскута, который с целью уменьшения травматизации фиксировали спицами, введенными в таранную кость. Выполняли открытую репозицию костных фрагментов и, после временной фиксации их спицами, осуществляли накостный остеосинтез пластиной. В послеоперационном периоде голеностопный сустав иммобилизовали съемной гипсовой шиной до 2-3 недель. Однако уже с 5-7 дня после операции больному разрешали активные движения стопой. Дозированная нагрузка на поврежденную ногу разрешалась через 1,5-2 месяца в рациональной обуви со стелькой-супинатором.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении исходов лечения больных с внутрисуставными переломами пяточной кости выявлена четкая тенденция перехода от консервативных методов лечения к оперативным. Так, если в 2005 г. для лечения больных с данной патологией преимущественно применялся фиксационный метод, то в 2006–2007 гг. – чрескостный остеосинтез, а с 2008 г. в отделении был внедрен оперативный метод – наkostный остеосинтез. Результаты лечения пациентов изучаемых групп прослежены от 6 месяцев до 3 лет с момента начала лечения. При оценке результатов лечения учитывали субъективные ощущения пациента, объективные данные и данные рентгенографии.

Положительными исходами лечения считали те наблюдения, когда пациент не предъявлял жалоб, пользовался обычной обувью, продолжал выполнять умеренные физические нагрузки. Положение пяточной кости было правильным, нейротрофических нарушений не определялось, движения в голеностопном суставе были в полном объеме. На рентгенограммах контуры пяточной кости, углы Беллера и Гиссана были в пределах нормы, выраженных признаков артрозных изменений голеностопного и подтаранного суставов и признаков остеопороза костей стопы не определялось.

Отрицательными исходами лечения считали те наблюдения, когда пациента беспокоили боли в заднем отделе стопы, связанные с нагрузкой и усиливающиеся при проверке движений в подтаранном суставе. Как правило, у таких пациентов наблюдалась хромота на поврежденную ногу, и они вынуждены были пользоваться тростью. Большинство из них пользовалось ортопедической обувью и были ограничено

трудоспособны. Пяточная кость находилась в вальгусном положении, угол отклонения превышал 10°. На рентгенограммах контуры пяточной кости, углы Беллера и Гиссана были изменены и не соответствовали норме, определялись выраженные признаки артрозных изменений подтаранного и голеностопного суставов, признаки остеопороза костей стопы.

Анализ результатов лечения больных с внутрисуставными переломами пяточной кости был проведен в каждой из 4 групп. Так, из 63 пациентов 1 группы, которые лечились фиксационным методом, только у 19 (30%) отмечены положительные исходы лечения. При анализе результатов лечения пациентов 2 группы положительных исходов было 15 (40%). Применение чрескостного остеосинтеза позволило добиться положительных результатов лечения больных с данной патологией у 38 пациентов (70%). Пациенты, которые лечились оперативным методом, отрицательных исходов лечения не имели.

Наши наблюдения не являются статистически достоверными из-за большого количества разброса пациентов по отдельным группам. Однако полученные данные позволяют сделать определенные выводы.

Выводы

1. При лечении больных с внутрисуставными переломами пяточной кости положительных результатов можно добиться только в том случае, когда удастся восстановить анатомическое соотношение подтаранного сустава и форму пяточной кости.

2. Учитывая сложность и многофрагментарность внутрисуставных переломов пяточной кости, лечение больных с данной патологией целесообразно проводить оперативным методом.

Литература

1. Гайко Г.В., Нікітін П.В., Калашніков А.В. Причини ієвалідності у хворих з пошкодженнями кісток стопи // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2002. – №4. – С. 79-83.
2. Нікітін П.В. Діагностика та лікування пошкоджень кісток стопи. – К.: Фенікс, 2005. – С. 11-46.
3. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. Хирургия стопы. – М.: Медицина, 1995. – С. 54-68.
4. Juliano P., Nquyen H-V. Fractures of the calcaneus // Clin. Ortop. N. A. – 2001. – Vol. 32, №1. – P. 35-52.
5. Therman H. et al. Management of calcaneal fractures in adults // Clin. Ortop. N. A. – 2001. – Vol. 32, №1. – P. 107-124.

І.І.Гаврилов. Лікування хворих з внутрішньосуглобовими переломами п'яткової кістки. Луганськ, Україна.

Ключові слова: п'яткова кістка, перелом.

Проведено аналіз лікування 163 хворих з внутрішньосуглобовими переломами п'яткової кістки. Вивчені результати лікування хворих у залежності від методу лікування. З'ясовано, що при лікуванні хворих з даною патологією перевагу має оперативний метод, коли вдається досягти відновлення анатомічного співвідношення підтаранного суглоба та контурів п'яткової кістки.

I.I.Gavrilov. Treatment of patients with intra-articular fracture of the calcaneous bone. Lugansk. Ukraine.

Key words: calcaneous bone, fractures.

Analysis of treatment of 163 patients with intra-articular fracture of the calcaneous bone was conducted. Results of treatment of patients according to the method of used treatment was studied. Operative method of treatment is more effective when it is possible to achieve restoration of anatomic parity with the sub-talus joint and structure of calcaneous bone.

Надійшла до редакції 30.03.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2009
УДК 116.001.17 – 089

Хірургічне лікування опікових ран як перший етап реабілітації обпечених

Н.М.Фісталь

Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України (директор – професор В.К.Гринь), Донецький національний медичний університет ім. М.Горького (ректор – академік АМН України, професор В.М.Казаков)
Донецьк, Україна

Проаналізовано результати лікування 295 обпечених, госпіталізованих у клініку в різний термін після травми. Усім проводилося хірургічне лікування опікових ран, строки початку якого відрізнялися залежно від строків госпіталізації. При виконанні первинних і ранніх операцій відзначене різке скорочення тривалості лікування, кількості оперативних втручань, були отримані задовільні естетичні та функціональні результати лікування, що дозволяє вважати раннє хірургічне лікування першим етапом реабілітаційних заходів обпечених.

Ключові слова: опіки, раннє хірургічне лікування, реабілітація.

Вступ

Обговорення переваг та недоліків ранніх втручань у обпечених продовжується декілька років. Дослідники та клініцисти схиляються до думки щодо необхідності проведення хірургічного лікування опіків у перші години після травми, у літературі наводяться клінічні спостереження щодо ефективності ранніх некректомій стандартом [1-3, 5, 8-10]. Але, на жаль, лише в провідних опікових центрах така тактика стає стандартом лікування обпечених [4, 6, 7].

Метою даного дослідження стало визначення впливу раннього та первинного хірургічного лікування опіків на перебіг опікової хвороби, ефективність проведеного лікування, його результати.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 295 пацієнтів з опіками та їх наслідками, які перебували на лікуванні у відділі термічних уражень ІНВХ

ім. В.К.Гусака АМН України в 2005-2007 рр.

Залежно від тактики лікування, заснованої на строках і методах очищення та закриття опікових ран, обпечені були розділені на дві групи в кожній віковій категорії.

В основну групу увійшло 100 дітей з дермальними поверхневими опіками окропом. Діти даної групи госпіталізовані в опіковий центр відразу після одержання травми. Усі діти даної групи оперовані в ранній термін (1-2 доба після госпіталізації). Опікові рани були дермальними поверхневими (середня площа ран цієї глибини склала $11,95 \pm 0,94\%$ поверхні тіла), ділянки глибокого ураження III ступеня діагностовані на площі $1,0 \pm 0,26\%$ поверхні тіла. У 70% дітей діагностовано опіковий шок при госпіталізації.

У групу порівняння увійшло 35 дітей з ідентичними по площі та глибині ураженнями. На момент госпіталізації у дітей даної групи визначалися поверхневі дермальні опіки на площі $10,91 \pm 1,35\%$ поверхні тіла, площа глибоких