

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ «PILON».

Бэц Г.В.², Стойко И. В.², Бэц И. Г.¹

¹ ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. Ситенко АМН Украины»,
Харьков.

² КУОЗ «Харьковская городская многопрофильная больница № 18»

Применение массивных накостных пластин при переломах «pilon» по причине травматичности входят в противоречие с настоящей необходимостью минимизации инвазивности хирургических вмешательств на тяжело травмированных тканях дистального отдела голени, и вызывает большое количество осложнений, достигающих 54% при переломах типа С (Helfet D. L., 1994).

Цель работы: определение на этапе предоперационного планирования оптимальной тактики хирургического лечения закрытых переломов «pilon» с комбинированным использованием малоинвазивных методов внутриочагового и внеочагового остеосинтеза.

Материалы и методы: работа основана на анализе результатов лечения 21 пациента с закрытыми переломами «pilon» (тип А-6, тип В-8, тип С-7). Все пациенты на первом этапе лечились методом постоянного скелетного вытяжения за спицу, проведенную через центр вращения блока таранной кости, чем обеспечивалась соосность направления тракции и продольной оси голени. На вторые сутки выполнялась рентгенография дистального отдела голени, по результатам которой определялись возможности репозиции отломков путём лигаментотаксиса (дистракционный тест). На основании данных теста делали выводы о необходимости дополнительных (кроме внеочагового остеосинтеза) мероприятий (репозиционный остеосинтез отломков винтами, остеосинтез малоберцовой кости, реконструкция суставной поверхности большеберцовой кости), формируя таким образом план хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение: исходя из предложенных принципов предоперационного планирования в 6 случаях выполнен внеочаговый остеосинтез при помощи односторонних стержневых наружных фиксаторов в схеме монтажа «голень-стопа»; в 8 случаях внеочаговый остеосинтез сочетали с остеосинтезом малоберцовой кости пластиной; в 7 случаях внеочаговый остеосинтез сочетали с остеосинтезом малоберцовой кости пластиной, репозиционным остеосинтезом винтом (винтами) на уровне метафиза (метадиафиза) и реконструкции суставной поверхности большеберцовой кости (в том числе, с применением спиц – 3 случая). В результате 18 хирургических вмешательств удалось достичь анатомической репозиции отломков «pilon»; в 3 случаях полной анатомической реконструкции суставной поверхности большеберцовой кости достичь не удалось. Гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы:

1. Малоинвазивные способы репозиции и фиксации костных отломков в большинстве случаев обеспечивают достижение целей хирургического вмешательства.

2. Данные технологии не исключают целесообразности применения накостного остеосинтеза при повреждениях «pilon» при условии дифференцированного подхода к установлению показаний и гарантии получения лучших результатов.