ОСТЕОСИНТЕЗ БЛОКИРОВАННЫМИ ПЛАСТИНАМИ СМЕЩЕННЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Никитин П.В., Рихтер А.А.
Центр спортивной травматологии Национальный университет физического воспитания и спорта Украины,Киев.

Проблема лечения смещенных внутрисуставных переломов пяточной кости остается актуальной, что обусловлено спорными результатами консервативного лечения и чрескостного остеосинтеза. Вместе с тем, использование методик внутренней фиксации при такой патологии привело к некоторому улучшению отдаленных результатов лечения.

В Центре спортивной травматологии НУФВСУ с 2007 по 2012 г. лечились 110 больных (средний возраст 38 лет) с закрытыми смещенными внутрисуставными переломами пяточных костей. Причина травмы в 88,2% случаях - падение с высоты. Предоперационная диагностика: рентгенография пяточной области в двух проекциях - 100% случаев, компьютерная томография - 104 (80%) случаев. Распределние больных (по классификации Essex-Lopresti): языкообразный тип – 64 случая (49,3 %); переломы с депрессией задней суставной фасетки – 59 случаев (45,3 %); многооскольчатые или “взрывные” переломы – 7 случаев (5,4 %). Неконгруэнтность суставных поверхностей по задней фасетке подтаранного сустава на рентгенограммах или КТ (депрессия задней суставной фасетки больее 2 мм или её ротация при языкообразном типе перелома) расценивалась как показание к операции.

Выполнено 130 оперативных вмешательств (20 больных имели двустороннее повреждение) с открытой репозицией отломков и фиксацией блокированными титановыми пластинами «Stryker» и «Synthes» с винтами LHS (Швейцария). Срок выполнения операции - в среднем 11 сутки с момента травмы. Интраоперационный ЭОП-контроль был обязательным. Заполнение костного дефекта выполнено в 25 (19,2%) случаев (20 – аутоспонгиоза, 5 – жидкая керамика “ChronOs”, Швейцария).

Результаты нашей работы позволили сформулировать следующие основные принципы остеосинтеза пластинами при лечении таких переломов: наружный кожный L-образный хирургический доступ; поднадкостничная артротомия подтаранного сустава; анатомичная репозиция суставных поверхностей с реконструкцией высоты, ширины и длинны пяточной кости; провизорная фиксация фрагментов спицами Киршнера (при необходимости заполнение субхондрального костного дефекта); фиксация суставных фрагментов задней фасетки подтаранного сустава стягивающим винтом; окончательная фиксация специальной пяточной пластиной.

Тщательная предоперационная селекция пациентов, отстроченность выполнения оперативных вмешательств, соблюдение хирургической техники, а также качественная внутренняя фиксация позволили нам избежать послеоперационных осложнений при лечении такой патологии.

Использование блокированных пластин обеспечило надежную фиксацию отломков при функциональной нагрузке в реабилитационном периоде, вдвое снизить необходимость в выполнении костной пластики (по сравнению со стандартными пластинами), разрешить дозированную весовую нагрузку на оперированную конечность через 2 месяца с момента операции.

Оценка отдаленных результатов 102 больных (по шкале AOFAS) показала достижение положительных результатов лечения в 93 (91,2%) случаев, что позволяет рекомендовать этот метод для более широкого использования в травматологической практике.