

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА

Шишка И.В., Кожемяка М.А., Головаха М.Л.

Запорожский государственный медицинский университет. Запорожье. Украина

Лечение переломов области голеностопного сустава является актуальной проблемой травматологии, что обусловлено тяжестью травмы, возможными последствиями и достаточно высокой встречаемостью. Одними из наиболее тяжелых травм голеностопного сустава являются переломы лодыжек типа В и С, когда происходит повреждение элементов межберцового синдесмоза. Данная патология является одной из основных причин инвалидизирующих и неблагоприятных исходов повреждений области голеностопного сустава. Несмотря на большое количество существующих методов консервативного и хирургического лечения этих повреждений количество неудовлетворительных результатов составляет по данным разных авторов от 5 до 30%, при этом инвалидность достигает 24-28%.

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с переломами лодыжек путем разработки и применения оригинальных хирургических методик остеосинтеза и восстановления функции.

Материалы и методы. Нами изучены ближайшие результаты хирургического лечения переломов лодыжек с повреждением межберцового синдесмоза у 28 больных (тип В и С по классификации АО). Тип повреждения определяли, используя общепринятые клиникорентгенологические методы исследования, а также ультрасонографию и магниторезонансную томографию голеностопного сустава. В первой группе у 12 больных проводилось хирургическое лечение переломов лодыжек с повреждением межберцового синдесмоза по методике АО с использованием 1/3 трубчатой накостной конвенционной пластины и 3,5 мм винтов для остеосинтеза латеральной лодыжки и 3,5 или 4,5 мм позиционного винта. Остеосинтез медиальной лодыжки проводился напряженной проволоочной петлей по Веберу. Во второй группе у 16 пациентов при аналогичном характере переломов была выполнена открытая репозиция перелома наружной лодыжки с последующей фиксацией предизогнутой фигурной накостной пластины с полиаксиальной угловой стабильностью винтов оригинальной конструкции и 3,5 мм заблокированными винтами. При переломе медиальной лодыжки производилась открытая репозиция и фиксация напряженной проволоочной петлей по Веберу или остеосинтез винтами. После этого вправляли малоберцовую кость в вырезку большеберцовой, на уровне 2 см над межберцовым синдесмозом через специальные отверстия в пластине формировали костный канал через все кортикальные слои малоберцовой и большеберцовой костью в направлении сзади наперед под углом 30 градусов и параллельно дистальной суставной поверхности большеберцовой кости. С помощью игольчатого проводника через канал вводили овальный фиксирующий элемент такелажной петли, круглый фиксирующий элемент укладывался и фиксировался на пластине. Производилось натяжение и фиксация такелажной петли с последующим hook-тестом с целью проверки стабильности фиксации. Раны промывались асептическими растворами, проводился тщательный гемостаз, активное дренирование. Всем больным в послеоперационном периоде проводили локальную компрессионную гипотермию оперированного сегмента. Во всех случаях проводили иммобилизацию оперированного сустава в первые 3 суток после операции брейсом или задней гипсовой шиной с последующим курсом физиореабилитации.

Результаты и их обсуждение. Средний срок нахождения пациентов в стационаре в первой группе составил 10 дней после операции. Дозированная нагрузка на оперированную конечность начиналась через 6 недель после удаления позиционного винта, дефицит объема движений при выписке составлял в среднем 50%, через 2 месяца не более 10%. Все пациенты к этому времени продолжали использовать дополнительные средства опоры – костыли или трость. Полное восстановление объема движений отмечали в сроки до 3 мес.

Позиционный винт удаляли в срок 8-10 недель. В двух случаях отмечалась миграция винтов области латеральной лодыжки. У одного пациента, не явившегося на этапное удаление позиционного винта, в срок 4 месяца после операции произошел перелом фиксатора. В одном случае наблюдалась потеря репозиции и подвывих стопы после удаления позиционного винта. Все пациенты второй группы были выписаны из стационара в среднем на 8 дней после операции. К этому времени дефицит объема движений по сравнению со здоровым голеностопным суставом составлял в среднем около 20%, воспалительных осложнений не было. Потери репозиции и миграции фиксаторов в послеоперационном периоде не наблюдалось. Дозированную нагрузку разрешали с 2 недели после операции, а через 2 месяца 10 больных ходили без средств опоры, 4 использовали трость. У всех больных полностью восстановился объем движений в суставе.

Выводы. Оценивая результаты хирургического лечения больных с переломами лодыжек с повреждением межберцового синдесмоза предложенным методом можно сделать вывод о его определенном преимуществе по сравнению с общепринятым методом хирургического лечения данного типа повреждений. Предложенный метод позволяет проводить анатомичную репозицию и стабильную фиксацию поврежденных структур, обеспечивает возможность раннего восстановительного лечения, минимизирует возможность потери репозиции, миграции и перелома фиксаторов, не требует проведения дополнительного этапного хирургического лечения, что в конечном итоге приводит к уменьшению количества неудовлетворительных результатов лечения и сокращению сроков нетрудоспособности.

Реферат. В работе рассмотрен вопрос оперативного лечения переломов лодыжек с повреждением межберцового синдесмоза и возможность улучшения результатов лечения пациентов с данной патологией с помощью предлагаемого способа.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩИКОЛОТОК С ПОШКОДЖЕННЯМ МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕСМОЗУ

Шишка І.В., Кожем'яка М.О., Головаха М.Л.

Запорізький державний медичний університет. Запоріжжя. Україна

Реферат. У роботі розглянуте питання оперативного лікування переломів кісточок з пошкодженням міжгомількового синдесмозу і можливість поліпшення результатів лікування пацієнтів з даною патологією за допомогою запропонованого способу.

SURGICAL TREATMENT OF ANKLE FRACTURES WITH TIBIOFIBULAR SYNDESMOSIS INJURY.

Shishka I.V, Kozhemyaka M.A, Golovakha M.L

Zaporozhsky State Medical University.Zaporozhye. Ukraine

Abstract. The study considered the issue of surgical treatment of ankle fractures with tibiofibular syndesmosis injury and the possibility of improving the treatment results in patients with this pathology by using the proposed method.