

РОСЛАВСКИЙ ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Ключевский В.В., Кумзеров П.Н., Савельев В.К., Соловьев И.Н.

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития
России

В основе успеха лечения перелома-вывихов в голеностопном суставе (ГС), как и всех внутрисуставных переломов, лежит требование полного сопоставления внутрисуставных повреждений и надежная фиксация их для безгипсового ведения в случае операции.

Наш опыт основан на огромном клиническом материале. В единый для 640-тысячного города травматологический центр с круглосуточным травмапунктом ежегодно обращаются до 1500 (1560 - 2012 г.) больных, из которых лечится амбулаторно 80 % и 20% госпитализируются. Никаких попыток репозиции в условиях травмапункта не делаем. Здесь лечим лишь переломы одной лодыжки без подвывиха стопы. Обязательно контроль динамики отека на следующий день, контрольные рентгенограммы выполняем на 5-6 день, через 2 недели и один месяц после перелома.

Показанием к госпитализации является перелом одной костной структуры с подвывихом таранной кости и перелом двух и более костных структур (даже если нет подвывиха). В стационаре при вывихе стопы в условиях полного обезболивания осуществляется его вправление. Если он рецидивирует, то накладывается скелетное вытяжение. Всем остальным репозиция не выполняется. На ногу одевается медицинский сетчатый бинт №3 или №4 за среднюю треть бедра. Проксимальный отдел фиксируется липким пластырем к коже. За дистальный конец бинта стопу подвешиваем к надкроватной раме так, что бы она была много выше колена. Под бедро подкладываем шину Белера. Подвешенная за конец бинта стопа принимает положение супинации, что способствует вправлению самых частых пронационных смещений таранной кости и репозиции сломанных лодыжек.

На 4-5 день, после полного спадания отека, если пальпаторно определяется сопоставление переломов сломанных лодыжек, накладывается гипсовая глухая повязка до колена. Делаются контрольные снимки. Если репозиция полная, больного выписываем домой. Повторное смещение зарегистрировано лишь у 1,7%. Оперируем 75-80 % госпитализируемых. Операцию выполняем только на безотечной ноге (!). На протяжении последних 15 лет пользуемся конструкциями и технологиями АО – при подсиндесмозных перелома-вывихах вначале выполняется остеосинтез внутренней лодыжки, а при чрезсиндесмозных и надсиндесмозных – первым делаем остеосинтез наружной лодыжки или малоберцовой кости. Стягивающий синдесмоз поперечный винт вводим при разрыве синдесмоза, стопа при этом должна быть в положении тыльной флексии. Этот винт непременно должен быть удален через 2 месяца после операции!

Больной выписывается без внешней иммобилизации, разрешаем нагрузку на ногу через месяц. Если больной приобретает ортез для голеностопного сустава, то нагрузку разрешаем через 2 недели после операции.

За период 2011-2012 года оперировано 614 пациентов с повреждением голеностопного сустава. Послеоперационные гнойные осложнения были у 21 пациента, тромбозов не было. Сроки нетрудоспособности 3-3,5 месяца. Инвалидов после лечения закрытых перелома-вывихов в голеностопном суставе за эти годы не было.