

ПЕРЕЛОМИ КІСТОК ГОМІЛКИ: УСКЛАДНЕННЯ ТА НАСЛІДКИ ЛІКУВАННЯ.

Грицай М.П., Цокало В.М.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

Мета дослідження: вивчити віддалені результати та наслідки лікування переломів кісток гомілок, після яких розвинулись поєднані гнійно-некротичні та трофічні ускладнення.

Матеріал і методи: проведено аналіз результатів лікування 145 хворих (120 чоловіків та 25 жінок) з переломами кісток гомілок, післятравматичний чи післяопераційний період у яких ускладнився розвитком гнійно-запального процесу та розладів ангіо- і нейротрофіки. Вік пацієнтів був від 17 до 70 ($38,0 \pm 12,7$) років. Хірургічне лікування ускладнень проводилось в клініці кістково-гнійної хірургії (КГХ) ДУ «ІТО НАМНУ». Для ліквідації гнійнонекротичного процесу та досягнення консолідації фрагментів кісток (забезпечення опороздатності травмованої нижньої кінцівки) у цих пацієнтів виконано понад 240 оперативних втручань. Всі пацієнти обстежені клінічно, лабораторно, рентгенологічно. Всім проведено бактеріологічне та патоморфологічне дослідження операційного матеріалу. При необхідності додатково виконувались: фістулографія, ультрасонографія та дуплексне сканування, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, консультування невролога, електронейроміографія, імунологічні дослідження.

Результати та їх обговорення: при первинній госпіталізації у 105 (72,4%) пацієнтів була активна фаза хронічного остеомієліту з наявністю функціонуючої нориці або гнійнонекротичної (12,4%) чи гнійно-некротичної кісткової (9,0%) рани. У 3,4% випадків патологічний процес супроводжувався значного розміру дефектами м'яких тканин або розповсюдженими рубцями з великими трофічними виразками. Госпіталізувались також 8 (5,5%) пацієнтів з симптомами вираженого загострення, 22 (15,2%) - в фазі нестійкої ремісії, 10 (6,9%) - при ремісії. У 138 (95,2%) хворих був остеомієліт великогомілкової кістки (ВГК), 7 (4,8%) - малоомілкової (в ділянці дистальної третини та кісточки). Фрагменти ВГК не були консолідовані в 10,3% випадків, у 26,2% хворих сформувався несправжній суглоб, а у 6,8% - крайовий або сегментарний дефект кістки. Це супроводжувалось вкороченням кінцівки від 2 до 4 см у 11 випадках. Крім цього, у 68 (46,9%) пацієнтів гнійний процес супроводжувався сповільненим перебігом репаративної регенерації, і тільки 14 (9,7%) мали консолідацію. Переважною локалізацією переломів ВГК були діафізарні: 23 (15,9%) – проксимальна, 43 (29,7%) – середня, 48 (33,1%) – дистальна третина. Переломи проксимального епіметафізу ВГК склали 6 (4,1%) випадків, дистального відділу (обох кісточок) – 11 (7,6%). У решті випадках були складні (фрагментарні) переломи на різних рівнях, або дефект кістки. При гнійному ускладненні переломів дистального епіметафізу ВГК (пілон) та кісточок у 15 (10,3%) пацієнтів розвинувся також гнійний артрит гомілкоstopного суглоба. Як ускладнення перелому та наслідок лікування у 11 (7,6%) хворих виникло ішемічне ураження тканин та в подальшому ішемічна контрактура стопи, ще у 11 (7,6%) пацієнтів – пошкодження та нейропатія (переважно малоомілкового) нервів гомілки. Хірургічне лікування хронічного остеомієліту в умовах КГХ було в більшості випадків багатоетапним – від 2 до 6 оперативних втручань. У всіх пацієнтів виконувались некретомії (фістулсеквестрнекретомії) та, за відсутності консолідації фрагментів кісток або наявності їх дефектів, черезкістковий позавогнищевий остеосинтез в апаратах зовнішньої фіксації. Необхідно акцентувати, що в структурі хірургічних втручань 19,2% становили сегментарні резекції ВГК (з величиною дефекту до 10 см), 5,8% - резекції несправжніх суглобів, 16,1% - застосування методу білокального та 2,1% - полілокального заміщення дефектів кістки. В 10,6% випадків хірургічних втручань необхідним було застосування кісткової аутопластики, а в 4,1% - аутодермопластики.

Тяжка травма з первинним пошкодженням судинних та неврологічних структур, порушенням мікроциркуляції та лімфо-венозного відтоку, тривале існування

гнійнонекротичного процесу в тканинах та численні хірургічні втручання привели до розвитку у більшості пацієнтів комбінацій серйозних трофічних порушень у вигляді виражених симптомів лімфо-венозної недостатності з фіброзуванням м'яких тканин (середнього та дистального відділів гомілки), подальшим розвитком нейродистрофічного синдрому (13,8%), порушенням функції суміжних суглобів. Контрактура або навіть ригідність та деформуючий артроз гомілкостопного суглоба розвинулись в 20,9% випадках, колінного – 10,3%. Але тяжка і наполеглива праця хірургів дозволила зберегти травмовану нижню кінцівку та досягти відновлення її опороздатності у 144 (99,3%) наших пацієнтів.

Висновки: Переломи кісток гомілки займають перше місце в структурі травм опорнорухового апарату за частотою розвитку поєднань гнійно-некротичних та трофічних ускладнень, потребують адекватної оцінки та прогнозування можливого розвитку порушень макро- і мікроциркуляції, іннервації вже в перші години після травми з метою вибору правильної тактики та стратегії лікування. Розвиток серйозних трофічних порушень, практично у всіх пацієнтів даної категорії, потребує подальшого прискіпливого поглибленого вивчення етіопатогенетичних механізмів їх виникнення і прогресування, та розробки методів і заходів їх профілактики.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ: ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ.

Изучены у 145 больных отдаленные результаты и последствия лечения переломов костей голени, после которых развились сочетания гнойно-некротических осложнений и серьезных трофических нарушений. Для ликвидации гнойного процесса и достижения консолидации фрагментов костей, обеспечения опороспособности травмированной нижней конечности у этих пациентов выполнено более 240 оперативных вмешательств - некрэктомии и чрезкостный внеочаговый остеосинтез в аппаратах внешней фиксации. У 144 (99,3%) пациентов удалось сохранить травмированную нижнюю конечность и достичь восстановления ее опороспособности.

FRACTURES OF SHIN BONES: COMPLICATIONS AND RESULTS OF TREATMENT.

In 145 patients who had necrotic complications with severe trophic disorders because of fractures of the shin bones, results of treatment were studied. To eliminate the purulent process and achieve the consolidation of bone fragments, providing support ability of an injured lower extremity in these patients, performed more than 240 surgeries - debridement and external fixation. In 144 (99.3%) of the patients were saved an injured lower extremity and were restored its support ability