

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Ахтамов А.А.¹

Абстрактный

за период 2020-2024 гг. было пролечено 32 пострадавших с повреждениями голеностопного сустава I-III степени тяжести.

У 25 больных (78%) использованы консервативные методы лечения а 7 больных выполнен остеосинтез. Из них 4 (12,5%) больным выполнен трансартикулярным фиксаций спицами Киршнера, у 3 (9,5%) был фиксирован болтом-стяжкой.

Отдаленные результаты лечения в сроки 2-4 лет изучены у 32 (100%) больных. После консервативное лечение хорошие результаты констатированы у 22 (68,7%) больных, удовлетворительные – у 8 (25%), неудовлетворительные - у 2 (6,3%). При сравнительном анализе способов лечения выявлено что фиксация костных фрагментов спицами Киршнера на эффективна у больных с нижней межберцовый синдесмозом.

Ключевые слово: голеностопный сустав, повреждение нижний межберцового сочленения, консервативное лечение, остеосинтез

¹Кафедра травматологии и ортопедии

Самаркандского государственного медицинского института, г. Самарканд, Узбекистан

Введение

Диагностика и лечение повреждений голеностопного сустава с разрывом нижнего межберцового сочленения до настоящего времени остается актуальной и трудной задачей травматологии. Повреждения голеностопного сустава составляют более 20% среди всех повреждений скелета, 40-60% переломов костей голени.

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования подтверждает зависимость результатов лечения пострадавших с пронационными и супинационными переломами дистального сегмента костей голени от анатомически точного восстановления «вилки» голеностопного сустава и способа фиксации [1,2].

Цель исследования: оценить эффективность лечения пострадавших детей и подростков с повреждениями лодыжек различной степени тяжести.

Материал и методы: В исследуемую группу включено 32 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет, лечившихся в период 2020-2024 лет. Из 32 больных 27 (84,4%) мальчики и 5 (15,6%) девочек.

По локализации и характеру повреждений голеностопного сустава первое место занимали ушиба с изолированный разрывом нижнего межберцового синдесмоза 13 (40%), переломы наружной лодыжки с разрывом межберцового синдесмоза – 9 (28%), перелом внутренней лодыжки с частичным повреждением межберцового синдесмоза – 3 (9%). Разрыв дельтовидной связки с переломом нижней трети малоберцовой кости – 7 (22%).

Высокий удельный вес повреждений межберцового сочленения от непрямого действия травмирующей силы объяснялся преобладанием спортивных и пешеходных травм.

На основании данных анамнеза, клинических и рентгенологических исследований установлены три разновидности механизма повреждения голеностопного сустава: пронационно-абдукционный, ротационный и супинационно-аддукционный. Преобладающими были пронационно-абдукционный и ротационный типы повреждений. I степень повреждения межберцового сочленения диагностирован у 17 (53,1%) больных, II степень – 9 (28%), и III степень – у 6 (19%).

Консервативные методы лечения применялись при переломах лодыжек с разрывом межберцового сочленения I- II степени – у 25 (78%) больных. После успешной репозиции накладывают U – образную лангетную повязку до нижней трети бедра,

укрепляют марлевым бинтом и делают контрольную рентгенограмму. При удовлетворительном стоянии отломков, нормальном цвете коиси пальцев стопы лонгету укрепляют гипсовым бинтом и больных через 6-8 дней выписывают на амбулаторное лечение гипсовая иммобилизация продолжается 5-7 недель. У 4 (12,5%) пострадавших с переломом наружной лодыжки и разрывом передней межберцовый связки остеосинтез выполнен спицами Илизарова, в том числе с дополнительной трансартикулярной фиксацией 2 спицами Киршнера. Межберцовый синдесмоз у 3 больных (9,5%) был фиксирован болтом-стяжкой.

Всем больным после остеосинтеза в течение 3-4 недель. Проводилась иммобилизация съемной гипсовой лангетой и физиотерапевтическое лечение с целью создания нормальных условий для заживления послеоперационной раны голеностопного сустава.

Результаты и обсуждение: результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хороший результат: жалоб нет, форма голеностопного сустава правильная, движения в пальце объеме или ограничен в тыльную сторону не более чем на 10^0 , на рентгенограммах голеностопного сустава определяются правильные соотношения компонентов в зоне перелома – сращение с костной перестройкой, больные сохраняют повседневную жизнь, ходят в обычной обуви или стелькой.

Удовлетворительный результат: жалобы на незначительные боли в голеностопном суставе и отечность который появляются в конце дня или при длительном нагрузки, движения в суставе ограничены не более 20^0 , на рентгенограмме – правильное взаимоотношения компонентов голеностопного сустава, на рентгенограмме – сращение. В некоторых случаях – начальная стадия деформирующего артроза голеностопного сустава. Неудовлетворительный результат: жалобы на постоянные боли и выраженную отечность, болезненность и ограниченность движений (на $25-40^0$) в области голеностопного сустава, больные ходят хромя, на рентгенограмме явления деформирующего артроза или несращение переломов или расхождение межберцового сочленения.

Отдаленные результаты консервативного лечения в сроки от 2 до 4 лет прослежены у 26 (78%) больных. Хорошие результаты констатированы у 22 (70%) больных, удовлетворительные – у 2 (6,2%) больных. Неудовлетворительные - у 2 (6,2%) больных. Больным, у которых был получен удовлетворительный и неудовлетворительный результат, рекомендована оперативное лечение.

В сртки от 2 до 4 лет (всем больным были удалены металлоконструкций) после операции были осмотрены все 7 (19%) больных. Явления деформирующего артроза I- II степени диагностирован у 2 (6,2%) больных.

Выводы: сравнительный анализ консервативного и оперативного лечения выявил,

что оперативное лечение с применением металлоконструкций исключает вероятность вторичного смещения костных отломков, расхождение «вилки» голеностопного сустава. Фиксация костных фрагментов спицами Киршнера (или Илизарова) не эффективна у больных с нижней межберцовый синдесмозом.

Ссылки:

1. Герасимов О.Н. Остеосинтез фиксаторами с полиэтиленовой формы при повреждениях дистального сегмента костей голени и голеностопного сустава. // Автореферат дис. Д.м.н. Новокузнецк, 2002 стр-23.
2. Каплун В.А., Копысова В.А., Мартел И.И. Методы хирургического лечения больных с повреждениями голеностопного сустава. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2013, №1. Стр-27-33.
3. Шаматов Н.М., Унгбоев Т.Э., Примов К.П. Диагностика и лечение повреждений голеностопного сустава. Ташкент 2000. Стр-80.