

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

Введение. Переломы костей, образующих голеностопный сустав — одно из самых часто встречаемых повреждений нижних конечностей. Количество травм данной локализации увеличивается и в большинстве случаев они встречаются у лиц трудоспособного возраста. В лечении повреждений данного типа до недавнего времени преобладали консервативные методы, однако с учетом современных тенденций в травматологии и ортопедии все чаще переломы лодыжек являются показанием для проведения оперативного лечения.

Существующие методы хирургического лечения переломов лодыжек с внутренней или внешней фиксацией костных отломков позволяют удерживать костные фрагменты до консолидации. Остеосинтез переломов латеральной лодыжки с помощью наkostной 1/3 трубчатой пластины и кортикальных винтов, а также остеосинтез переломов медиальной лодыжки проволоочной петлей по Веберу являются наиболее распространенными методами оперативного лечения при переломах лодыжек. Однако их нельзя назвать малоинвазивным, так как установки наkostной 1/3 трубчатой пластины необходим достаточно большой доступ к малоберцовой кости с частичным ее скелетированием, а для остеосинтеза медиальной лодыжки необходимо формирование костного канала вне области перелома для проведения проволоочной петли.

С учетом особенности кровоснабжения данной области обычно выражен значительный отек мягких тканей, поэтому объем оперативного вмешательства и размер доступа имеют чрезвычайно большое значение при поведении операции. Установка массивной 1/3 трубчатой пластины затрудняет закрытие раны, так как всегда есть отек мягких тканей. Поэтому необходимы металлоконструкции небольшого размера под винты диаметром 2,5 - 3,5мм, которые без ухудшения стабильности остеосинтеза снижают травматичность оперативного вмешательства. Такой конструкцией может быть наkostная анатомическая пластина с угловой стабильностью винтов для наружной лодыжки, а для внутренней — применение канюлированных лодыжечных винтов.

Материалы и методы. Нами изучены ближайшие результаты остеосинтеза у 26 больных с переломами обеих лодыжек. В первой группе у 12 больных остеосинтез латеральной лодыжки с помощью дистальных «малоберцовых» пластин с угловой стабильностью. Разрез кожи, необходимый для введения пластины составлял около 3 см, пластину вводили подкожно через сформированный эпипериостальный туннель,

проводили прямую закрытую репозицию отломков латеральной лодыжки на пластине, часть винтов вводились перкутанно. Остеосинтез внутренней лодыжки проводили канюлированными винтами через верхушку внутренней лодыжки после ее репозиции. Во второй группе у 14 пациентов при таких же переломах был выполнен остеосинтез наружной лодыжки наkostной 1/3 трубчатой пластиной и остеосинтез медиальной лодыжки проволоочной петлей по Веберу. В обеих группах в послеоперационном периоде проводилась компрессионная локальная гипотермия, эластичное бинтование оперированного сегмента и иммобилизация в первые 2-3 суток после операции с последующим комплексом физиофункционального лечения.

Результаты и обсуждение. Все пациенты первой группы были выписаны из стационара через 5-7 дней после операции. К этому времени дефицит объема движений по сравнению со здоровым голеностопным суставом составлял в среднем около 20%, не было воспалительных осложнений. Потери репозиции в послеоперационном периоде не наблюдалось. Дозированную нагрузку разрешали с 3 нед. после операции, а через 2 мес. 10 больных ходили без средств опоры, 2 использовали трость. У всех больных полностью восстановился объем движений в суставе.

Все пациенты второй группы были выписаны из стационара в среднем через 14 дней после операции. Дозированная нагрузка на оперированную конечность начиналась только через 5 недель, 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. Имелся один случай миграции винтов в пластину на латеральной лодыжке. У одного пациента в срок 4 мес. после операции сохранялось умеренное ограничение объема движений в суставе в пределах 10%.

Заключение. Оценивая результаты оперативного лечения больных с переломами лодыжек традиционными методами и с применением менее инвазивной технологии можно сделать вывод о значительном преимуществе применения последней, так как она позволяет начать более раннюю реабилитацию и нагрузку на оперированную конечность, сократить время пребывания больного в условиях стационара и уменьшить сроки нетрудоспособности. Из недостатков можно отметить более высокую стоимость имплантатов.