

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ЗАДНЕГО КРАЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Назирова У.А., Джумабеков С.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной научной работе представлена тактика оперативного лечения перелома заднего края большеберцовой кости с применением разработанного способа. У всех больных результаты изучены по СОИ-1. Результаты оперативного лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. У всех больных были получены хорошие и удовлетворительные результаты. Возрастной диапазон больных составляет от 16-64 лет. Из них мужчин – 19, женщин – 5

Ключевые слова: малоинвазивный остеосинтез, перелом заднего края большеберцовой кости, ЭОП, канюлированный винт.

ЧОҢ БАЛТЫР СӨӨКТҮН ДИСТАЛДЫК МЕТАЭПИФИЗИНИН АРТКЫ ЧЕТИНИН СЫНЫГЫН

Назирова У.А., Джумабеков С.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште чоң балтыр сөөктүн дисталдык метаэпифизинин арткы четинин сыныгын ойлоп табылган ыкма менен дарылоосу берилген. Баардык бейтаптардын дарылоо жыйынтыгы СОИ-1 боюнча изилденген. Бейтаптардын жашы 16-64 жашка чейин түзгөн.

Негизги сөздөр: аяр инвазиялык остеосинтез, чоң балтыр сөөктүн арткы четинин сыныгы, түтүкчөлүү бурама.

MINIMALLY INVASIVE OSTEOSYNTHESIS OF THE POSTERIOR EDGE OF THE TIBIA

Nazirov U.A., Djumabekov S.A.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This study presents surgery treatment tactics fractures rear edge of the tibia using the developed method. Results were studied by SAO-1. We detected good and satisfactory results in all follow up groups. The age range of patients is between 16-64 years, male – 19, female – 5

Key words: MIPO, fracture of the back edge of the tibia, ИТ, канюлированный screw.

Актуальность.

Интерес к решению данной проблемы объясняется тем, что несмотря на то, что современная травматология располагает большим арсеналом методов и способов лечения пациентов с переломами лодыжек с разрывом межберцового синдесмоза, среди исходов лечения этой категории пациентов от 3,0 до 53,7 % встречаются контрактуры голеностопного сустава, неправильно сросшиеся переломы лодыжек, ложные суставы, застарелые подвывихи таранной кости с диастазом между берцовыми костями в области межберцового синдесмоза, деформирующий артроз поврежденного голеностопного сустава [1,4,7].

Неблагоприятные результаты проводимого консервативного лечения переломов лодыжек с разрывом межберцового синдесмоза способствовали, особенно в последнее десятилетие, разработке и внедрению методик открытой репозиции отломков и их остеосинтезу [2, 8, 9, 10].

В наложенной гипсовой или полимерной повязке после проведенной закрытой репозиции перелома лодыжек часто происходит вторичное смещение отломков. Многократные попытки вправления перелома лодыжек травмируют суставной хрящ голеностопного сустава, что приводит к раннему развитию деформирующего артроза в поврежденном голеностопного сустава и инвалидности пострадавших [3, 6, 5].

Материал и методы. В период с 2012 по 2015гг. в БНИЦТиО лечились 24 больных с переломами заднего края большеберцовой кости. Возраст больных варьировал от 16 до 64-х лет. Из них мужчин - 19, женщин – 5 таблица №1.

Методика оперативного лечения.

Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Положение больного на операционном столе: на животе. После соответствующей обработки операционного поля, под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) производится закрытая ручная репозиция переломов с вправлением вывиха или подвывиха стопы. После этого проводится спица Киршнера с наружной стороны в направлении кнутри при этом прошивая отломок заднего края большеберцовой кости. Спица устанавливается на скобу, с помощью нее производится репозиция отломка заднего края большеберцовой кости путем тракции в дистальном направлении. Все это контролируется под ЭОП, и когда отломок встает на место, его предварительно фиксируем с помощью еще одной спицы проведенной по направлению сзади кпереди окончательно убедившись в удовлетворительном стоянии отломка по отношению к основной кости фиксируется канюлированным винтом который проводится по этой спице. Предварительно вокруг спицы делается надрез кожи скальпелем размером 0,4-0,5 см. Скоба и спицы удаляются. Накладывается асептическая повязка.

Результаты и их обсуждения.

Результаты оперативного лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли СОИ-1 (стандартизированная оценка исходов, автор: Миронов С.П. и др. 2008 г.) [6].

Хороший результат - 19 (79,1%) больных.

Удовлетворительный результат - 5 (20,9%) больных.

Неудовлетворительный результат – ложных

Таблица 1.

Категория больных/возраст	Всего		До 19 лет	20-29	30-39	40-49	50 и выше
	Абс.ч.	%					
Мужчины	19	79,1	2	3	5	7	2
Женщины	5	20,9	-	-	1	3	1
Всего	24	100,0	2	3	6	10	3

суставов и контрактуры голеностопного сустава не наблюдалось.

Выводы:

Подводя итоги нашего исследования, наш способ малоинвазивного остеосинтеза заднего края большеберцовой кости дает точную репозицию отломков заднего края большеберцовой кости под контролем ЭОП, что уменьшает длительность оперативного вмешательства, способствуя малой травматизации операционной области, а также способствует возможностью ранней разработки функций голеностопного сустава.

Литература:

1. Каплун В.А., Копысова В.А., Мартель И.И. Методы хирургического лечения больных с повреждениями голеностопного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2013. - № 1. - С. 27-33.
2. Lambers K.T, van den Bekerom M.P, Doornberg JN, Stufkens S.A, van Dijk C.N. // Journal Bone Joint Surgery American. - 2013. - Vol. 17. - P. 1221-1227.
3. Губанов А.В. результаты оперативного лечения перелом лодыжек // Воронежская государственная медицинская академия журнал Молодой ученый. -2011. - № 3-2. -С.165-167.
4. Пирожкова Т.А. Социально-гигиенические и клинико-функциональные

основы решения проблем инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с последствиями переломов нижних конечностей: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М. – 2007. – 50с

5. Ломтатидзе Е.Ш., Волченко Д.В., Злобин А.И., Забалуев К.В. Функциональные результаты консервативного и оперативного лечения переломов лодыжек // Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция “ Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей “. – М. 30 сентября – 1 октября. – 2003. – С. 204 – 205.

6. Титов С.В. Функциональное лечение свежих закрытых переломов лодыжек и заднего края большеберцовой кости : дис. канд. мед. наук. – М., 1997. –116с.

7.Кавалерский Г.М., Чернышев В.И., Петров Н.В., Бровкин С.В. Анализ ближайших результатов стационарного лечения закрытых переломов лодыжек //Москва журнал: Медицинская помощь.- 2009.- № 1.- С.37-41.

8. Мыцыков Р.Ю., Таранов И.И., Масленников Е.Ю. Экспериментально-клиническое обоснование методики оперативного лечения надсиндесмозных переломов в области голеностопного сустава // Кубанский научный медицинский вестник. -2009.- № 5. -С.86-91.

9. Семенистый А.Ю. Оперативное лечение и реабилитация больных с переломами лодыжек : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 146с.

10. Самодай В.Г., Рыльков М.И., Брехов В.Л., Гайдуков В.Е., Федорищев А.П. Ошибки и осложнения при лечении переломов лодыжек // Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко. Журнал вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2009.- Т. 2.- № 2.- С.173-175.