

ISSN 1684-9280

Травматология  
жэне  
Ортопедия

## К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Н.Б.ОРЛОВСКИЙ, Е.Н.НАБИЕВ, К.Д.АШИМОВ, А.К.БАЛГЫНБАЕВ, Б.А.ТОЛЕУХАНОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии,

Казахская Государственная медицинская академия, Астана

Өкше сүйегі сынығымен 58 науқасқа жүргізілген емге сараптама жасалған. 16 науқасқа хирургиялық ем жүргізілген. Өкше сүйегінің компрессионды, бөлшектелген, күрделі сынығын хирургиялық емдеуде дифференциалды тұрғыда талдаудың қажеттілігі дәлелденген.

Analysis of clavicle bone fractures in 58 patients with different stages of injury complications was presented. 16 patients were undergone surgical corrections. It was proved that complicated fractures needed individual approach in the choice of surgical intervention volume according to urgent data.

Переломы пятой кости, по литературным данным, встречаются в 4% от всех переломов и относятся к числу тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата человека [1, 2, 3, 4]. Лечение больных с переломами пятой кости далеко не решенная проблема современной травматологии. До настоящего времени у травматологов и ортопедов нет единой точки зрения в выборе метода лечения при сложных переломах пятой кости. Неудовлетворительные результаты лечения наблюдаются от 25% до 80,5% случаев [2, 3, 4, 5, 6]. Процент выхода на инвалидность больных с данной травмой составляет от 23,5% до 78%, из них 70,3% являются трудоспособными людьми в возрасте от 20 до 50 лет [3, 5].

Консервативные методы лечения больных с компрессионными переломами пятой кости получили широкое распространение в странах СНГ. Однако данный метод не лишен недостатков, это - вынужденный длительный постельный режим, неудобство и продолжительность гипсовой иммобилизации, невозможность полного восстановления анатомических соотношений костей стопы.

Открытая репозиция перелома пятой кости не всегда может быть использована по экстренным показаниям ввиду того, что эти переломы часто сочетаются с черепно-мозговой травмой и другими повреждениями опорно-двигательного аппарата, что отягощает общее состояние больного и предполагает предоперационную подготовку и отсроченность оперативного вмешательства. Сложность, травматичность операции, а также опасность развития некроза и раневой инфекции в послеоперационном периоде ограничивают возможности травматологов в использовании открытого метода лечения больных с переломами пятой кости.

По литературным данным предложено около 20 способов внеочагового остеосинтеза с использованием элементов аппарата Илизарова Г.А. и аппаратов оригинальной конструкции при лечении больных с переломами пятой кости. Применение данных конструкций не всегда приводит к положительным

результатам и при этом наблюдаются осложнения достигающие 10% - 12% [7].

Настоящая работа основана на анализе результатов лечения 58 больных с переломами пятой кости, находившихся на лечении в травматологических отделениях НИИТО г.Астана в период с 2002 по 2004 годы.

В клинической группе мужчин было - 52, женщин - 6. По возрасту больные распределились следующим образом: до 24 лет - 3 больных, 25-34 лет - 29, 35-47 лет - 19, 45-55 лет - 5 и старше 55 лет - 2, т.е. среди пострадавших преобладают лица молодого и среднего возраста. По социальному статусу больные распределились следующим образом: рабочие - 30 больных, служащие - 5, учащиеся - 5, временно неработающие - 18.

Данной травме в быту подверглось 42 человека, на производстве - 16. Кататравма имела место у 50 больных, у 5 травма во время ДТП, у 2 больных в результате прямого удара.

Изолированный перелом пятой кости отмечен у 39 больных, у 15 больных наблюдалась сочетанная травма, у 4 - множественная травма и у одного больного комбинированное повреждение.

Двухсторонние переломы пятой кости наблюдались у 4 больных, открытый перелом у 2 больных.

Больные с момента травмы за специализированной помощью обращались в следующие сроки - до 24 часов - 50 больных, в течение 48 часов - 6 и более 48 часов - 2 больных.

Среди больных отмечен компрессионный перелом пятой кости со смещением у 33, оскольчатый перелом со смещением у 14, краевой перелом у 3, а также перелом пятой кости без смещения отломков у 8 больных.

Консервативно лечились 42 больных, в том числе на скелетном вытяжении - 29, гипсовой иммобилизацией - 13 больных. Оперативному лечению подверглись 16 больных, проведена 21 операция, среди них по методике Илизарова Г.А. - 13, открытая репозиция перелома с костной аутопластикой - 8, в том числе остеосинтез спицами - 5, фигурными пластинами - 3.

**Всем** больным при поступлении проводилось клинико-рентгенологическое обследование, в том числе 5 больным компьютерная томография для уточнения характера повреждения.

При переломе пятоной кости без смещения отломков накладывали гипсовый "сапожок" до коленного сустава с моделированием свода стопы сроком на 6-8 недель.

При переломе с незначительным смещением отломков проводилась новокаиновая блокада места перелома с последующей ручной репозицией и фиксацией отломков пятоной кости спицами. После накладывали переднюю гипсовую лонгету от кончиков пальцев стопы, в эквинусном положении, до средней трети бедра в положении сгибания в коленном суставе до 160°. Для контроля проведенных мероприятий проводилась рентгенография, как поврежденной стопы так и интактной для визуализации репозиции отломков и восстановленности угла Белера. На 5-7 сутки после уменьшения отека стопы накладывали циркулярную гипсовую повязку сроком до 4 недель. По истечении 4 - 5 недель спицы удалялись, а гипсовая иммобилизация менялась на гипсовый "сапожок" с выводом стопы в правильное положение и тщательным моделированием свода. Сроки фиксации продлевались еще на 4 недели.

Больным с компрессионными, оскольчатыми переломами пятоной кости со смещением отломков, с нарушением пяточно-таранного угла в момент поступления в клинику накладывали систему скелетного вытяжения за пятоный бугор (также использовались методики А.В. Каплана, Э.Г. Грязнухина и С.А. Бокова), стопе придавали положение подошвенного сгибания и фиксировали путем наложения передней лонгеты от кончиков пальцев стопы до коленного сустава. Положение отломков контролировали рентгенологически. При достижении успешной репозиции, нормализации угла Белера скелетное вытяжение продолжали до 4-5 недель. Затем больным накладывали гипсовый "сапожок" сроком до 4 недель.

В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения оперировано 16 больных, из них у 5 больных имели место переломы обеих пятоных костей. Оперировали в сроки от 4 дней до 3 недель в зависимости от общего состояния и локального статуса больных.

Показанием к применению аппарата Илизарова являлись закрытые и открытые компрессионные, оскольчатые переломы со смещением отломков, со снижением высоты ПК и значительным уменьшением таранно-пятоного угла. При компоновке аппарата внешней фиксации в области нижней трети голени в поперечном направлении проводили две перекрещающиеся спицы по углом 45-60°, вторую пару одно полукольцо устанавливали на уровне основания плюсневых костей, второе полукольцо накладывали с перекрещающимися спицами за пятоный бугор и одно кольцо фиксировали к спицам на уровне дистального метафиза костей голени. При стабилизации полуколец и кольца между собой использовались шарнирные устройства, посредством которых производилась одномоментная репозиция отломков с коррекцией угла Белера и подошвенное сгибание стопы. В одном из случаев применялась

комбинированная спице-стержневая фиксация. Лечение продолжалось в течении 5-6 недель, затем по результатам рентгенографии и клинической пробы аппарат демонтировали, назначали реабилитационные мероприятия, дозированную нагрузку на больную ногу. Рекомендовали ношение супинатора.

Открытая репозиция отломков пятоной кости применена при компрессионных переломах с дефектом костной ткани, с вдавлением суставных поверхностей и значительным снижением высоты пятоной кости. Операция проводилась под жгутом. L-образным наружным доступом обнажали место перелома, проводили ревизию пяточно-таранного и пяточно-кубовидного суставов, элеватором устранили импрессию задней суставной фасетки пятоной кости. Восстановление высоты пятоной кости и пяточно-таранного угла контролировали интраоперационно рентгенологически. Образовавшийся дефект пятоной кости заполняли аутотрансплантатом взятым из крыла подвздошной кости. Аутотрансплантат фиксировали спицами либо фигурной пластиной АО. В послеоперационном периоде стопу фиксировали задней гипсовой лонгетой сроком до 4-6 недель с последующей реабилитацией. Наблюдались осложнения в виде краевого некроза мягких тканей в 3 случаях: расхождение краев послеоперационной раны в одном случае, прорезывание костной ткани спицей, перелом спицы.

Больным разрешали ходить через 1-2 дня после операции при помощи костылей. Назначали симптоматическую терапию, по показаниям антибиотики. Металлоконструкции (спицы, пластины АО) удаляли через 5-6 месяцев после операции.

Ближайшие результаты изучены в сроке от 6 месяцев до 2 лет у 22 больных. Из них у 17 больных результаты признаны хорошими, у 3 больных удовлетворительными и у 1 больного неудовлетворительными. Сроки нетрудоспособности в зависимости от сложности перелома и характера профессии составили от 3 до 6 месяцев.

Таким образом, переломы пятоной кости без смещения или с незначительным смещением отломков хорошо лечатся консервативным путем. Лечение сложных переломов пятоной кости консервативно не обеспечивают хорошие результаты. Выбор оперативного метода лечения требует дифференцированного подхода при лечении компрессионных, оскольчатых переломов пятоной кости с разрушением суставной поверхности кости. Метод обеспечивает оптимальное восстановление анатомии пятоной кости, стабильную фиксацию отломков и раннюю мобилизацию больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аубакиров М.Г., Султанбаев Т.Ж. Тактика и лечение переломов пятоной кости // Травматология и жене ортопедия. 2003, №2, С.122-123
2. Бейдик О.В., Цыплаков А.Ю., Любицкий А.П. и др. Чрескостный комбинированный остеосинтез при травмах и деформациях костей стопы // Гений ортопедии. 2002, №1, С.53-59.

3. Швед С.И., Немков В.А., Шилов В.Г. Биомеханическое обоснование фиксации костных фрагментов пятонной кости при лечении ее переломов аппаратом Илизарова // Гений ортопедии. 1998, №2, С.15-18
4. Панков И.О. Переломы пятонной кости // Казанский медицинский журнал. 2002, Т.83, С.298-299
5. Швед С.И., Сысенко Ю.М., Шилов В.Г. Лечение больных с переломами пятонной кости методом чрескостного остеосинтеза // Гений ортопедии. 1998, №3, С.45-48
6. Ли А.Д., Баширов Р.С. Компрессионные переломы пятонной кости // Руководство по чрескостному компрессионно-дистракционному остеосинтезу. Томск, 2002, С.143-145
7. Бейдик О.В. Оптимизация наружного чрескостного остеосинтеза при лечении травм и деформаций стоп // Гений ортопедии. 1998, №3, С.32-35