

Ошибки и осложнения при лечении переломов лодыжек

В.Г.САМОДАЙ, М.И.РЫЛЬКОВ, В.Л.БРЕХОВ, В.Е.ГАЙДУКОВ, А.П.ФЕДОРИЩЕВ

Errors and complications at treatment of fractures of malleoluses

V.G.SAMODAY, M.I.RYLKOV, V.L.BREHOV, V.E.GAJDUKOV, A.P.FEDORISHCHEV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Воронежская областная клиническая больница №1

Как известно, среди переломов нижних конечностей переломы лодыжек по-прежнему встречаются наиболее часто 40-60% [1, 3]. Чаще всего повреждается наружная лодыжка, следующие место по частоте занимают двулодыжечные переломы и пронационные переломы типа Дюпюитрена. Переломы лодыжек в сочетании с переломами заднего или переднего суставного края большеберцовой кости (Пота-Десто) встречается в 20-37% случаев [3]. Тяжесть этих переломов обусловлена повреждением удерживающего и направляющего аппаратов (лодыжечной вилки), частыми нарушениями целостности дистального межберцового синдесмоза, а при переломах типа Десто – повреждением опорной части большеберцовой кости. Биомеханические особенности голеностопного сустава при лечении требуют точного сопоставления всех составляющих его анатомических образований. Вследствие анатомо-физиологических особенностей голеностопного сустава, характера обширных повреждений, возникающих при данном виде переломов, в ряде случаев лечение представляет значительную проблему. Неполное вправление лодыжек, переднего или заднего суставного края большеберцовой кости, неустранимый диастаз берцовых костей являются причиной развития деформирующего артроза.

В последнее время мы все чаще прибегаем к оперативному лечению переломов лодыжек с использованием техники остеосинтеза по методике (AO\ASIF), хотя более половины пациентов с этой патологией лечатся консервативно. Показания к оперативному лечению общеизвестны: открытые переломы области голеностопного сустава и неудача попытки закрытой репозиции [2].

В клиниках кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко (Воронежская областная клини-

ческая больница № 1 – 60 травматологических коек, городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1 – 70 травматологических коек, Дорожная клиническая больница на станции «Воронеж-1» ОАО «РЖД» – 30 травматологических коек) за период с 2001 по 2007 год пролечено 2954 пациента с переломами лодыжек. Женщин было 54,1%, мужчин – 45,9%. Большинство пациентов (около 62%) лечились консервативно. Анализируя свой опыт консервативного лечения этой патологии, мы можем констатировать, что устранить смещение костных отломков даже при сложных переломах-вывихах в голеностопном суставе, при условии полноценного обезболивания, возможно. При этом мы считаем, что перед вправлением, при наличии гемартроза или гематомы в параартикулярных тканях необходимо эвакуировать кровь для декомпрессии сустава и окружающих тканей. Применение местного обезболивания при устранении повреждений голеностопного сустава следует ограничить, так как при этом часто травматолог не только не достигает достаточного обезболивания, но еще больше увеличивает объем сустава и окружающих тканей, что может стать причиной неудач вправления. В подобных ситуациях, на наш взгляд, необходимо чаще использовать внутривенный и эндотрахеальный наркоз с миорелаксацией или нейролептанальгезию. Очень эффективной подготовкой к репозиции является метод В.В. Ключевского (конечность в течение 2-3-х дней до исчезновения отека подвешена в сетчатом бинте на шине Беллера, после чего вправление осуществляется достаточно легко) [1]. Однако условия ургентной клиники, к сожалению, не позволяют широко использовать этот метод.

Чаще более сложным, чем репонирование, представляется сохранение достигнутой репозиции. Одним из наиболее частых осложнений при консервативном лечении переломов лодыжек

является их вторичное смещение. У наших пациентов это произошло в 14% случаев. Вторичное смещение отломков может возникнуть даже при переломах без смещения. В этих случаях нередко не производится контрольная рентгенография после наложения гипсовой повязки, что в конечном итоге приводит к несвоевременному выявлению и устранению смещений. Смещение в гипсовой повязке, по нашим данным, возникают чаще всего в течение первых 2-х недель (период исчезновения отека). Пренебрежение рентгенологическим контролем, особенно в отношении больных, отпускаемых на амбулаторное лечение, является грубой врачебной ошибкой. Ошибкой следует считать и перестраховку в сроках иммобилизации конечности в гипсовой повязке (3–4 месяца). Это ведет к сморщиванию и утолщению суставной капсулы, появлению спаек и рубцов между листками синовиальной оболочки, облитерации заворотов, дегенерации хряща и появлению контрактуры голеностопного сустава.

Грубой ошибкой, на наш взгляд, является необоснованное продолжение консервативного лечения тогда, когда все попытки ручной репозиции или вправление другими закрытыми методами (скелетное вытяжение, стягивающие аппараты и др.) не приводят к вправлению отломков. В подобной ситуации, независимо от сроков получения травмы и характера смещения отломков показано оперативное вмешательство. Оперативному лечению, по нашему мнению, должны быть подвергнуты все те пациенты, у которых остались неустраненными какие-либо смещения отломков, с линией излома, проходящей через сустав.

Основными принципами оперативного вмешательства при переломе лодыжек мы считаем: точную анатомическую репозицию, атравматическую хирургическую технику, максимальное сохранение васкуляризации костных фрагментов и мягких тканей, раннюю активную мобилизацию конечности. За обсуждаемый срок в клиниках кафедры было оперировано 887 пациентов с описываемой патологией. В первые сутки оперировано 19,2% больных. После уменьшения отека, предоперационной подготовки, в течение 4–7 дней оперировано 68,5% пациентов. Остальные пациенты (12,3%) оперированы по поводу застарелых повреждений голеностопного сустава. В предоперационном периоде проводили терапию, направленную на улучшение периферической ре-

ологии, использовали скелетное вытяжение, реже гипсовую иммобилизацию [4].

При оценке отдаленных результатов оперативного лечения выявлен хороший результат (пациенты вернулись к труду) у 89,3% пациентов. Однако в ряде случаев 7,4% получен неудовлетворительный результат, связанный с рядом причин: недооценка возможных осложнений при неблагоприятном состоянии кожных покровов, неверно интерпретированная рентгенограмма перелома и отказ от рентгеновского контроля во время операции, нарушение техники остеосинтеза (АО\ASIF), грубые манипуляции с тканями, которые привели к аваскулярному некрозу мягких тканей и нагноению раны.

Ошибкой оперативного лечения следует считать также избыточное сдавление берцовых костей, что нарушает их пружинящие движения в сочленении во время ходьбы. Такая избыточная компрессия может привести к повторному разрыву сочленения и даже перелому винтов. Мы не в последнюю очередь из-за вышесказанного отказались от использования при разрывах дистального межберцового синдесмоза болта-стяжки.

Ошибки лечения переломов лодыжек приводят к поздним осложнениям, среди которых наиболее часто встречаются: неправильно сросшиеся переломы лодыжек, сохраняющийся подвывих стопы, контрактура голеностопного сустава, нейродистрофический синдром (синдром Зудека), деформирующий остеоартроз голеностопного сустава.

В заключении хотелось бы отметить, что ошибки в лечении повреждений голеностопного сустава допускаются на всех этапах лечения, в том числе они возникают и по вине самих пострадавших (поздние обращения, невыполнение предписанного режима).

Описанные же осложнения, появляющиеся после допущенных ошибок, удлиняют сроки лечения пациентов и ухудшают анатомические и функциональные его результаты (около 17% случаев), нередко являясь причиной инвалидности (около 8% пациентов).

Правильно поставленный диагноз, грамотно проведенная репозиция и оперативное лечение (если таковое необходимо), адекватная комплексная реабилитация конечности позволяют в подавляющем большинстве случаев получить у пациентов с повреждением голеностопного сустава хорошие результаты.

Список литературы

1. *Ключевский В.В.* Хирургия повреждений: руководство для фельдшеров, хирургов и травматологов районных больниц Рыбинск 2004; 784.
2. *Корнилов Н.В.* Травматология и ортопедия. Руководство для врачей: в 4 томах. СПб: Гиппократ 2004.
3. *Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г.* Травмы и заболевания нижней конечности. СПб: Гиппократ 2006; 896.
4. *Шапошников Ю.Г.* Травматология и ортопедия. Руководство для врачей: в 3 томах. М: Медицина 1997; 1: 656.

Поступила 23.12.08

Информация об авторах

1. Самодай Валерий Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: mihey4@ Rambler.ru.
2. Рыльков Михаил Игоревич – аспирант кафедры травматологии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: mihey4@ Rambler.ru.
3. Брехов Владимир Леонидович – кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед отделения травматологии Воронежской областной клинической больницы №1, e-mail: mihey4@ Rambler.ru.
4. Гайдуков Владимир Евгеньевич – врач травматолог-ортопед отделения травматологии Воронежской областной клинической больницы №1, e-mail: mihey4@ Rambler.ru.
5. Федорищев Алексей Петрович – аспирант кафедры травматологии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: mihey4@ Rambler.ru.

Журнал публикует материалы следующего характера: оригинальные статьи по клиническим и экспериментальным исследованиям, обзоры литературы, краткие сообщения по клиническим наблюдениям, информацию о рационализаторских предложениях и изобретениях, по новым методам диагностики и лечения, результаты научно-практических исследований молодых ученых, материалы по истории кафедр, клиник и лечебных учреждений хирургического профиля.

Правила оформления представляемого материала.

Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа и иметь визу научного руководителя.

Основной текст научных статей желательно структурировать, используя подзаголовки: введение, цель, материалы и методы исследования, результаты и их обсуждение, список литературы.

Объем обзоров литературы – до 25 страниц, оригинальных статей – до 20 страниц. Материалы следует представить в редакцию на бумажном и электронном носителях – шрифт Times New Roman размером 14, через 2 интервала, с полями 2,5 см со всех сторон в редакторе Word for Windows.

Материалы на бумажном носителе высылаются в двух экземплярах, один из которых подписан всеми авторами и имеет визу научного руководителя по адресу: 394036, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко. Редакция журнала «Вестник экспериментальной и клинической хирургии».

Электронная версия материалов должна быть обязательно направлена в редакцию журнала на электронную почту: vestnik-surgery@yandex.ru

В редакцию необходимо присылать 2 экземпляра статьи (обязательно продублировать).

На первой странице текста располагают УДК, название статьи, инициалы и фамилии авторов, официальное название организации, далее следует текст статьи и список цитируемой литературы.

Ссылка на таблицу по тексту оформляется следующим образом: «табл. 1 (2, 3 и т.д.)».

Оформление рисунков выполняется в формате BMP. Подрисуночные подписи не входят в состав рисунка, а располагаются отдельным текстом под ним. Буквы и цифры на рисунке должны быть разборчивыми. Для полутоновых фотографий и штриховых рисунков желательно использовать формат TIFF, JPEG и GIF с разрешением 300 dpi. Ссылку на рисунок по тексту оформляют следующим образом: «рис. 1 (2, 3 и т.д.)». Для микрофотографий в подписях указываются увеличение и метод окраски материала.

Используемые в работе термины, единицы измерения и условные обозначения должны быть общепринятыми. Все употребляемые авторами обозначения и аббревиатуры должны быть определены при их первом упоминании в тексте.

Формулы номеруют в круглых скобках, подстрочные примечания – арабскими цифрами.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверенными, с указанием источника (название, издательство, год, страница).

Все литературные ссылки в материале должны быть указаны в квадратных скобках.

Список литературы оформляется следующим образом:

для книг, монографий – список авторов, название, место издания, год, страницы;

для статей в журнале (сборнике) – список авторов, название статьи, название журнала (сборника), год и номер издания, страницы.

В начале приводятся отечественные литературные источники, затем иностранные.

В отдельном файле представляются переведенные на английский язык: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, аннотация (не более 15 строк), которая кратко отражает основное содержание работы.

Юбилейные статьи следует присылать в редакцию не позднее, чем за 6 месяцев до знаменательной даты.

В отдельном файле необходимо представить сведения об авторах (ФИО полностью, ученая степень, ученое звание, место работы, должность, адрес). Отдельно следует указать фамилию, имя, отчество автора и его координаты (номер телефона, E-mail) для переписки с редакцией.

Материал должен быть тщательно отредактирован авторами.

Редакция не несет ответственности за достоверность представляемых материалов.

При необходимости доработки присланной статьи, редакционной коллегией будет направлено автору соответствующее уведомление.

Редакционная коллегия оставляет за собой право коррекции текста статьи.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал присылать нельзя.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, авторам не возвращаются.

Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

Для ускоренной публикации необходимо оплатить предредакционную подготовку материалов в размере 250 рублей за одну страницу. Бланк оплаты будет направлен по электронной почте после предварительного запроса автора.

Всю дополнительную информацию можно получить в редакции журнала.

Адрес редакции: Россия, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко. Редакция журнала «Вестник экспериментальной и клинической хирургии». Тел.: (4732) 51-67-53; E-mail: vestnik-surgery@yandex.ru.