

Литература

1. Луцевич О.Э., Тамразова О.Б., Шикунова А.Ю. и др. Современный взгляд на патофизиологию и лечение гнойных ран // Хирургия. – 2011. – № 5. – С. 72-77.
2. Шевченко Ю.Л., Стойко Д.М., Рябов А.Л. и др. Современные возможности комплексного лечения гнойных ран // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 2. – С. 9-12.
3. Намоконов Е.В., Лазуткин М.Н., Мироманов Л.М. Антиоксидантная стимуляция репаративных процессов в ране в эксперименте // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 4 (86), Ч. 1. – С. 215-217.
4. Олифирова О.С., Лебедь А.А., Алексеевна В.В. и др. Лечение обширных ран мягких тканей у больных сахарным диабетом // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 3 (19). – С. 146-148.
5. Заривчацкий М.Ф. Гнойные раны мягких тканей: монография. – Пермь: ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера, 2008. – 304 с.
6. Уминский А.А., Хавстеен Б.Х., Баканева В.Ф. Биохимия флавоноидов и их значение в медицине: монография. – Пушкино: ООО «Фотон-век», 2007. – 264 с.

Literature

1. Lutsevich O.E., Tamrazova O.B., Chikunova A.Y., et al. Modern view on the pathophysiology and treatment of purulent wounds // Surgery. – 2011. – № 5. – P. 72-77.
2. Shevchenko Y.L., Stoiko D.M., Ryabov A.L., et al. Modern complex treatment of purulent wounds // Bulletin of the National medical-surgical Center named after N. I. Pirogov. – 2009. – № 2. – P. 9-12.
3. Nomokonov E.V., Lazutkin M.N., Miromanov L.M. Antioxidant stimulation of reparative processes in the wound in the experiment // Bulletin of ESSC SB RAMS. – 2012. – № 4 (86), P. 1. – P. 215-217.
4. Olifirova O.S., Lebed A.A., Alexeevna C.C., et al. Treatment of extensive wounds of soft tissues in patients with diabetes // Modern medical technology. – 2013. – № 3 (19). – P. 146-148.
5. Zarivchatsky M.F. Purulent wounds of soft tissues: monograph. – Perm: SEI FPI PGMA them. Ak. E.A. Wagner University, 2008. – P. 304.
6. Uminsky A.A., Havsteen B.H., Bakaneva C.F. Biochemistry of flavonoids and their importance in medicine: monograph. – Pushchino: LLC «Photon-century», 2007. – P. 264.

Координаты для связи с авторами: Олифирова Ольга Степановна – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой хирургических болезней факультета последипломного образования АГМА, тел. +7-914-554-46-52, e-mail: olif.oc@mail.ru; Козка Александра Александровна – аспирант кафедры хирургических болезней факультета последипломного образования АГМА, e-mail: kozka.a.89@mail.ru.



УДК 617.587

П.Н. Телицын¹, Н.Г. Жила²

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТАРАННОЙ КОСТИ

¹КГБУЗ «Городская больница № 2»,
681008, ул. Культурная, 5, тел. 8-(4217)-22-72-20, e-mail: hosp2@mail.ru, г. Комсомольск-на-Амуре;
²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
194100, ул. Литовская, 2, тел. 8-(812)-416-52-69, e-mail: spb@grma.ru, г. Санкт-Петербург

Резюме

Нами пролечено 17 больных с переломами таранной кости. Оперативное лечение проведено у 12 (70,5 %) пациентов при переломе со смещением отломков. В 5 (29,5 %) случаях перелом таранной кости без смещения отломков применен консервативный метод лечения. Анализ отдалённых результатов показал, что добиться благоприятного исхода при лечении переломов таранной кости со смещением отломков возможно только хирургическим путём.

Ключевые слова: перелом, таранная кость.

P.N. Telitsin¹, N.G. Zhila²

SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OF THE TALUS

¹Municipal Institution of Health city's hospital № 2, Komsomolsk-on-Amur;
²Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg

Summary

We treated 17 patients with talus fractures. Surgical treatment was performed for 12 (70,5 %) patients with a fracture with displacement of fragments. In 5 (29,5 %) cases of talus fractures without displacement of fragments a conservative treatment was applied. Analysis of long-term results showed that a positive outcome of treatment of talus fractures with displacement of fragments is attainable only surgically.

Key words: fracture, talus.

Переломы таранной кости относятся к числу сравнительно редких повреждений. По данным различных авторов [2, 4, 5] переломы таранной кости составляют 0,2 % всех переломов и 2,9 % среди всех переломов костей стопы. Переломы таранной кости относятся к группе тяжелых повреждений в виду особых условий ее кровоснабжения, которые имеют практическое значение для процессов регенерации после ее повреждения.

Нетрудоспособность после переломов таранной кости определяется высоким процентом аваскулярных некрозов и неправильных сращений в результате отсутствия анатомической репозиции и малотравматичной фиксации костных отломков. В свою очередь они приводят к остеоартриту подтаранного сустава и изменению биомеханики стопы.

Материал и методы

Нами наблюдалось 17 больных с переломами таранной кости. Из них у 12 (70,5 %) пострадавших имел место перелом таранной кости со смещением отломков сопровождаясь переломами других костей нижней конечности. У 5 (29,5 %) больных перелом таранной кости без смещения отломков. Все пострадавшие лица мужского пола, работоспособного возраста – 15 больных (88,2 %), двое – пенсионеры (11,8 %).

При переломах таранной кости без смещения отломков лечение сводилось к наложению задней гипсовой лонгеты со стопой. Продолжительность иммобилизации 8-10 недель, полная нагрузка на стопу разрешалась при наличии клинических и рентгенологических признаков консолидации через 12-14 недель.

Из 12 пострадавших с переломами таранной кости со смещением отломков у 9 (75 %) отмечен перелом шейки таранной кости, в 3 (25 %) случаях – перелом шейки и тела таранной кости. Любое смещение перелома шейки таранной кости сопровождается подвывихом в подтаранном суставе. Следовательно, при лечении переломов таранной кости со смещением отломков важное значение имеет достижение полной анатомической репозиции, восстанавливающей ее конгруэнтность. Даже минимальная дисконгруэнтность приведет к посттравматическим артрозам с ограничением функции стопы и всей нижней конечности. Некоторые авторы [1, 3] считают, что восстановление конгруэнтности суставных поверхностей возможно путем закрытой репозиции. По нашему мнению добиться это удастся крайне редко, а еще реже сохранить устраненное смещение костных отломков таранной кости с помощью только внешней иммобилизации (гипсовая повязка), учитывая ее анатомическое строение. Поэтому обычным результатом консервативного лечения таких переломов является неправильное сращение и хронический подвывих в подтаранном суставе.

Исходя из собственных наблюдений, перелом таранной кости со смещением отломков в 100 % случаев сопровождается выраженными ишемическими нарушениями мягких тканей стопы, а дополнительная неизбежная травматизация при попытках закрытой репозиции только усугубляет их.

На наш взгляд, целесообразно избегать заведомо агрессивных способов лечения переломов таранной кости со смещением отломков. Для предупреждения подобных осложнений, если состояние больного и мягких тканей в проекции предполагаемого оператив-

ного доступа позволяет, мы склоняемся к проведению открытой анатомической репозиции и внутренней фиксации (рис. 1, 2, 3). Фиксация отломков осуществляется спицами Киршнера и спонгиозными винтами. Осевая нагрузка на поврежденную стопу разрешалась через 3-4 месяца. Полное восстановление функции голеностопного сустава и стопы через 5-6 месяцев.



Рис. 1. Больной А., 67 лет. Рентгенограмма левой стопы и голеностопного сустава: двухлодыжечный перелом голени со смещением, подвывих стопы кнутри, оскольчатый перелом таранной кости со смещением

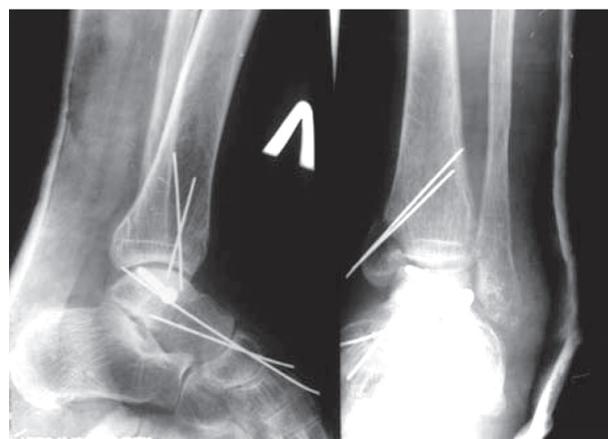


Рис. 2. Больной А., 67 лет. Контрольная рентгенография стопы и голеностопного сустава после открытой репозиции таранной кости: смещение отломков таранной кости устранено, конгруэнтность левого голеностопного сустава восстановлена



Рис. 3. Больной А., 67 лет. Контрольная рентгенография через 1 год после операции: консолидированный двухлодыжечный перелом левой голени и таранной кости, голеностопный сустав конгруэнтен

Результаты и обсуждение

У всех больных, пролеченных консервативным методом, получен хороший отдаленный результат ($79,6 \pm 2,44$ балла).

Отдаленные результаты прослежены у всех оперированных больных (12 случаев). Хороший результат ($84,75 \pm 2,73$ балла) получен у 8 (66,7 %) пациентов, удовлетворительный ($65 \pm 2,75$ балла) – у 4 (33,3 %), неудовлетворительных результатов не наблюдали. В двух случаях перелом таранной кости сопровождался повреждением голеностопного сустава и старшей возрастной группой (свыше 60 лет), у двух больных перелом шейки сочетался с переломом тела таранной кости. Присутствовали факторы, заведомо приводящие к ухудшению результатов лечения даже при использова-

нии хирургического метода лечения переломов таранной кости со смещением отломков.

Выводы

1. На основании собственного опыта лечения переломов таранной кости и анализа литературы можно сделать вывод о том, что при переломах таранной кости со смещением отломков использование первичной закрытой репозиции нецелесообразно.

2. На наш взгляд, получить благоприятный исход при данной патологии возможно только путем хирургического восстановления анатомической конгруэнтности суставных поверхностей таранной кости с мало-травматичной и стабильной фиксацией отломков.

Литература

1. Ерецкая М.Ф. О стабилизации подтаранного сустава при переломах пяточной кости // Тезисы докл. научной сессии институтов травматологии и ортопедии. – Л., 1963. – С. 49-50.
2. Коришков Н.А. Рациональные методы диагностики и лечения повреждений стопы: дисс. ... д-ра мед. наук. – Ярославль, 2005. – 360 с.
3. Новаченко Н.П. Современные принципы лечения внутрисуставных переломов // Ортопедия,

- травматология и протезирование. – 1958. – № 6. – С. 3-13.
4. Новаченко Н.П. Повреждения голени. В кн.: Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. – М.: «Медицина», 1967. – Т. 3. – С. 714-726.
5. Miller C.M., Winter W.G., Bucknell A.L., Jonassen E.A. Injuries to the midtarsal joint and lesser tarsal bones // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 1998. – № 6 (4). – P. 249-253.

Literature

1. Eretskaya M.F. About stabilization of the subtalar joint in calcaneus fractures // Tezisy докладov nauchnoi sessii institutov travmatologii i ortopedii [Abstracts of scientific session of the traumatology and orthopedics institutes]. – Leningrad, 1963. – P. 49-50.
2. Koryshkov N.A. Rational methods of diagnosis and treatment of foot injuries: doct... diss. – Yaroslavl', 2005. – P. 78-80.

3. Novachenko N.P. Modern principles of treatment of intra-articular fractures // Orthopedics, traumatology and prosthetics. – 1958. – № 6. – P. 3-13.
4. Novachenko N.P. Shin injuries. Multi-volume manual of orthopedics and traumatology. – M.: Meditsina Publ., 1967. – Vol. 3. – P. 714-726.
5. Miller C.M., Winter W.G., Bucknell A.L., Jonassen E.A. Injuries to the midtarsal joint and lesser tarsal bones // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 1998. – № 6 (4). – P. 249-253.

Координаты для связи с авторами: *Телицын Павел Николаевич* – канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед высшей категории КГБУЗ «Городская больница № 2», тел. +7-962-286-20-01, e-mail: telicyn.pavel@mail.ru; *Жила Николай Григорьевич* – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГМУ, тел. 8-(812)-416-52-69, e-mail: spb@grma.ru.

