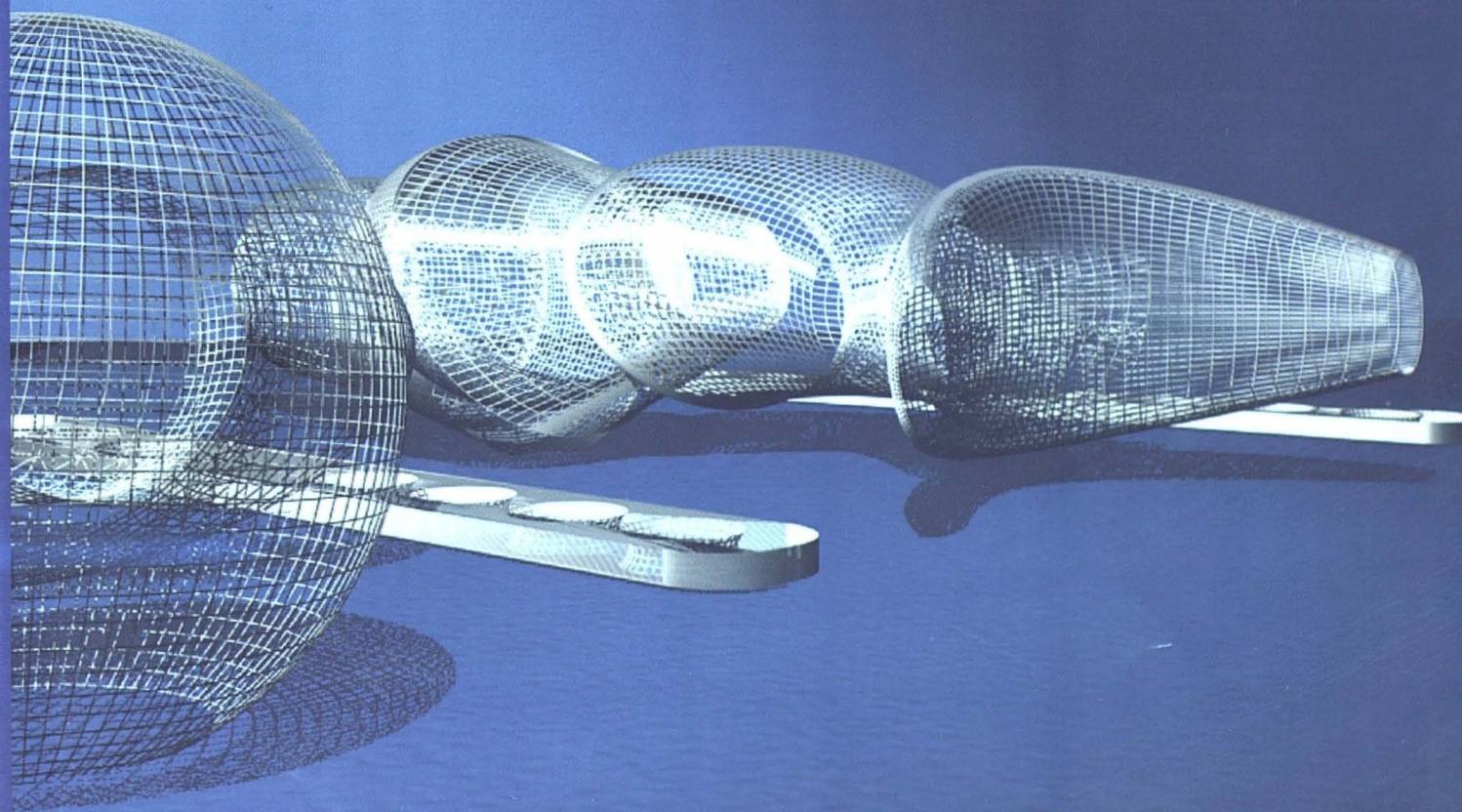


# Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



1/2002

ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ

# ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

УДК 616.718.55-001.513-089

## ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Н.Д. БАТПЕНОВ, А.А. БЕЛОКОБЫЛОВ, С.К. РАХИМОВ, К.Д. АШИМОВ  
 Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии. Астана

Внутрисуставные переломы коленного сустава относятся к тяжелым повреждениям опорнодвигательного аппарата, и по данным ряда авторов составляют от 1,5 до 8 % среди других переломов костей [2, 3]. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о неудовлетворительных исходах при консервативном и оперативном лечении в 2,8-14,9% [4,5].

Проблемы диагностики и лечения внутрисуставных переломов проксимального метаэпифиза большеберцовой кости недостаточно подробно изучены и освещены в отечественной и зарубежной литературе из-за их относительной редкости, затрудняющей набор клинического материала в одном лечебном учреждении [1, 3].

В связи с этим при данной патологии значительно чаще допускаются ошибки, а соответственно возникают осложнения в процессе диагностики и лечения.

Изучение литературы, анализ имеющихся собственных и архивных наблюдений, позволяет выделить три группы наиболее типичных ошибок, а именно – ошибки на этапах диагностики, лечения и реабилитации [2].

В первой группе можно отметить две часто встречающиеся ситуации. При так называемой «закрытой травме коленного сустава», особенно при отсутствии гемартроза и относительно удовлетворительной функции конечности, не всегда выполняются рентгенограммы, что является грубым нарушением, так как в такой ситуации вполне возможен перелом эпиметафизарной зоны большеберцовой кости без смещения. Соответственно избирается тактика лечения, то есть кратковременная иммобилизация, относительно ранняя осевая нагрузка, что при наличии фрактуры ведет ко вторичному смещению со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Второй момент, это неправильная интерпретация рентгенограмм. В этом случае имеется в виду недооценка величины смещения отломков и степени компрессии мыщелков, пренебрежение современными методами диагностики, а именно компьютерной томографией, разумеется при наличии последней в арсенале клиники.

Во второй обозначенной группе обращают на себя внимание следующие негативные моменты:

- Стремление к консервативному лечению в тех случаях, когда оно безусловно бесперспективно
- Многократные безуспешные попытки закрытой репозиции
- Чрезмерное расширение показаний к оперативному лечению

Нельзя также считать правильной тактику, когда сначала выполняется закрытая репозиция, затем при отсутствии её, скелетное вытяжение, а при плохом результате - оперативное вмешательство. Хотя при этом можно часто говорить не о какой-то врачебной некомпетентности, а о почти полном отсутствии в специальной литературе систематизации и анализа причин возможных ошибок при лечении больных с переломами

проксимального конца большеберцовой кости.

Интраоперационные ситуации настолько вариabельны, что требуют дополнительного изучения. Хотя общим для хирурга должно быть стремление к максимально точному восстановлению конгруэнтности суставной поверхности и стабильному остеосинтезу.

В третьей группе допускаются два основных вида ошибок:

- Длительная иммобилизация конечности в послеоперационном периоде при стабильном остеосинтезе, приводящая к стойкой тугоподвижности коленного сустава
- Ранняя нагрузка на конечность при нестабильном синтезе приводящая к вторичному смещению отломков

Таким образом, переломы проксимального метаэпифиза большеберцовой кости являются тяжелыми повреждениями, часто приводящими к длительной или стойкой утрате трудоспособности. Тактические и технические ошибки при лечении такой патологии могут встречаться на всех этапах лечения. Поэтому в каждом случае нужен тщательный, индивидуальный подход в выборе метода лечения и программы реабилитации.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Больной Ж., 46 л. и/б № 1774/ 544. Находился на лечении в клинике с 17.10.99 по 29/10-99г. Травма за 3 суток до поступления – падение с высоты 2,5 метров. Обратился в поликлинику по месту жительства. Выставлен диагноз: закрытый перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости без смещения. Гемартроз. Пункция сустава, гипсовая лонгета. Рекомендована консервативная терапия. Самостоятельно обратился на консультацию в НИИТО. Анализ стандартных рентгенограмм позволил заподозрить наличие импресии мыщелка. Произведена компьютерная томография, где выявлен участок импресии опорной суставной поверхности центральной части наружного мыщелка большеберцовой кости размером 2,5x 2,5 см, дистально до 1,7 см. Произведено оперативное вмешательство, конгруэнтность суставных поверхностей восстановлена Осмотр через 6 месяцев. Функция конечности восстановлена полностью.

Большая П., 25 л и/б № 944/253, находилась на лечении в клинике с 23.02.02 по 15.03.03 (Травма за 7 суток до поступления – сбита автомобилем. В ЦРБ по месту происшествия выставлен диагноз: закрытый перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости со смещением. Гемартроз.

Дважды попытка закрытой репозиции, затем скелетное вытяжение. Репозиции достичь не удалось. Направлена в НИИТО. Оперативное вмешательство. Интраоперационно выявлен разрыв латерального мениска по типу "ручки лейки" с вывихом его и интерпозицией в области перелома. То есть консервативное лечение было бесперспективно. Произведена резекция мениска, металлоостеосинтез. В настоящее время больная на стадии реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуразаков У.А. Внутри и околоуставные переломы и их оперативное лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1988.
2. Михайленко В.В. Внутрисуставные переломы коленного сустава: Автореф. дисс. ... д-ра мед наук. - М., 1994.
3. Шапиро К.И. Частота поражения крупных суставов у взрослых // Диагностика и лечение повреждений крупных суставов. - СПб., 1991. - С. 3-5.
4. Терновой Н.К., Жила Ю.С., Булах А.Д., Бабич В.Д., Некоторые аспекты лечения больных с внутрисуставными переломами коленного сустава // Ортопед. травматол. и протезиров. - Киев, 1989. - В.19.-С. 36-41.
5. Михайленко В.В. Новое в оперативном лечении компрессионных и импрессионных переломах мыщелков большеберцовой кости // Клиника и эксперимент в травматологии, ортопедии. - Казань, 1994. -ч.11. - С. 93-94.