

**Травматология**

**ЖӘНЕ**

**Ортопедия**

## О МОДИФИКАЦИИ СПОСОБА ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Н.Д. БАТПЕНОВ, К.Т. ОСПАНОВ, А.К. БАЛГЫНБАЕВ,  
К.Д. АШИМОВ, О.Б. КУЛЫМКУЛОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Әртүрлі емдеу тәсілдерінің кемшіліктеріне қысқаша сипаттама берілген. Өкше сүйегінің сынығын спица-стерженді бекіткішпен сүйек арқылы остеосинтез емдеу тәсілі көрсетілген, осы тәсілді 7 науқасқа қолдана отырып, жақсы анатомия-функциональдық нәтижелерге қол жетілген.

A brief analysis of disadvantages is made concerning different techniques for treatment in patients with the fractures of calcaneus. A technique of transosseous osteosynthesis with wire-pin fixator for treatment a fractures of calcaneus is described, which applying beside 7 sick with the good anatomist-functional results.

Лечение компрессионных переломов пяточной кости (ППК) относится к ряду сложных медико-социальных проблем в современной травматологии. Сложность лечения ППК заключена в анатомо-функциональных особенностях данного сегмента, в проблеме выбора метода лечения при многообразии переломов пяточной кости. Учитывая, что основной контингент пациентов составляют люди молодого и среднего возраста, а также длительность и этапность процесса лечения, то становится понятной медико-социальная значимость данной проблемы. В силу указанных причин проблема лечения больных с ППК остается актуальной и до настоящего времени.

В травматологических отделениях НИИТО за 2004 г.

шестого количества больных с травмами опорно-двигательного аппарата. Оперировано 15 больных (35,7%), 2 больным проведены операции на обеих пяточных костях. Чрескостный остеосинтез выполнен у 10, открытый остеосинтез - у 7 больных. В процессе лечения ооьных с ППК выявлены следующие недостатки и осложнения: при консервативном методе - прорезывание и нестабильность спицы на скелетном вытяжении - в 5 случаях; при открытом остеосинтезе - расхождение краев послеоперационной раны у 1 больного, некроз краев послеоперационной раны - у 1 больного, отторжение аутотранс-

плантата - в 1 случае; при чрескостном остеосинтезе прорезывание спиц - в 3 случаях, перелом спицы - у 1 больного, инфицирование мягких тканей в месте проведения спицы - в 2 случаях. У всех больных с ППК наблюдались в той или иной степени явления остеопороза костей стопы. 3 больным, у которых ППК сочетался с травмой позвоночника, определена II и III группы инвалидности.

С целью улучшения результатов лечения больных с ППК нами предложен усовершенствованный метод лечения посредством применения стержневого фиксатора на базе аппарата Илизарова.

В предложенной нами методике, в отличие от чрескостного остеосинтеза по Илизарову, вместо спиц использу-

ют упорную резьбу и стабилизирующий сортик, а вместо винта часть - метрическую резьбу. Показанием к применению являются: краевые и отрывные переломы пяточной кости (ПК), переломы ПК со смещением костных отломков, компрессионные переломы ПК (классификация РНЦ ВТО им. Илизарова Г.А. 1998 г.). По разработанной методике оперировано 7 больных, у 1 больного проведены операции на обеих пяточных костях. Больным при поступлении в клинику проводилось скелетное вытяжение за пяточную кость, что в дальнейшем снизило объем оперативных манипуляций. На скелетном вытяжении больные находились в

ечение 5-7 дней, что связано с наличием выраженного отека мягких тканей данного сегмента. Оперативное вмешательство проводилось под эпидуральной анестезией. При компоновке аппарата внешней фиксации в нижней трети голени проводится две перекрещивающиеся спицы, которые натягиваются и фиксируются в кольце аппарата Илизарова. Через плюсневые кости стопы в поперечном направлении проводится спица, которая натягивается и крепится к полукольцу аппарата Илизарова. Кольцо и полукольцо соединяются между собой резьбовыми стержнями, которые в месте своего соединения имеют шарнирный жел. Проводится тракция для придания стопе эквинусного положения. В области пятки устанавливается с кольца, соединяющегося с кольцом и полукольцом с обеих сторон резьбовыми стержнями, на концах которых имеются шарнирные узлы. Через центральный отломок пяточной кости проводится спица, которая фиксируется в с кольца, что служит «точкой опоры» при репозиции отломков пяточной кости. В проекции пяточного бугра, кнаружи от места прикрепления ахиллова сухожилия, производится продольный разрез мягких тканей до 1,0 см. Сверлом формируется канал, в который вводится стержень с упорной резьбой на S длины его погружной части. Дистальная часть стержня крепится при помощи кронштейна в с кольца. Посредством distraction резьбовых стержней, соединяющих кольцо в нижней трети голени и с кольца в области пятки и манипуляциями непосредственно стержнем, проводится репозиция отломков. Особое внимание уделялось восстановлению конгруэнтности суставной поверхности пяточной

кости. По результатам рентгенографии после восстановления суставной поверхности подтаранного сустава и угла Белера стержень дополнительно вводится в передний отдел пяточной кости до упорного бортика. Фиксация в аппарате, в зависимости от характера перелома пяточной кости, продолжается в течение  $35 \pm 2,1$  дней. На протяжении периода фиксации больные принимали препараты кальция, поливитамины и венотоники. При наличии признаков консолидации аппарат демонтировали. Дополнительная гипсовая иммобилизация не проводилась, назначалась активно-пассивная разработка голеностопного сустава, плюснефаланговых и межфаланговых суставов стопы. Реабилитационные мероприятия включали ФТЛ, массаж мышц голени и стопы. В последующем назначалась ходьба с дозированной нагрузкой на оперированную стопу. Рекомендовалось использование подошвенного супинатора. Общий срок нетрудоспособности составлял 3-4 месяца.

Ближайшие послеоперационные результаты изучены в сроки до 6 месяцев. Исходы лечения оценены как хорошие. Больные ходят в обычной обуви, без вспомогательных средств опоры, жалоб на боли не предъявляют.

Таким образом, предложенный способ лечения переломов пяточной кости с использованием стержневого фиксатора позволяет восстановить анатомию пяточной кости, создает благоприятные условия для сращения перелома и восстановления функции стопы, что свидетельствует об эффективности данного метода чрескостного остеосинтеза.