

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВАХ СВЯЗОК ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА Гафуров Ф.А. Email: Gafurov696@scientifictext.ru

Гафуров Фаррух Абуалиевич – ассистент,
кафедра травматологии и ортопедии,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: представлен опыт оперативного лечения при разрывах дистального межберцового синдесмоза. Материал исследования был основан на результатах хирургического лечения 83 больных с разрывами дистального межберцового синдесмоза по разной этиологии. При разрывах связок межберцового синдесмоза – фиксация с помощью предложенного автором фиксатора (Патент UZ FAR 00969, 31.12.2014, Бюл., № 12) для внутрикостного остеосинтеза. При помощи данного фиксатора хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50 - 69 баллов) наблюдались у 26 (31,3%).

Ключевые слова: голеностопный сустав, межберцовый синдесмоз, лодыжка, внутрикостный фиксатор.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT WITH RUPTURES OF DISTAL TIBIOFIBULAR SYNDESMOSIS Gafurov F.A.

Gafurov Farrukh Abualiyeovich – Assistant,
DEPARTMENT OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the experience of surgical treatment for ruptures of the distal tibiofibular syndesmosis is presented. The material of the study was based on the results of surgical treatment of 83 patients with ruptures of the distal tibiofibular syndesmosis of various etiologies. In case of tibiofibular syndesmosis ligament rupture - fixation using the fixator proposed by the author (Patent UZ FAR 00969, 31.12.2014, Bul., No. 12) for intraosseous osteosynthesis. With the help of this fixator, good and excellent results were obtained when assessing after 6, 12 months (> 70 points) were obtained in 56 patients, which amounted to 57.4%, satisfactory results (50-69 points) were observed in 26 (31.3%).

Keywords: ankle joint, tibiofibular syndesmosis, ankle, intraosseous fixator.

УДК 616.728.48-001-089.844

Актуальность. Одной из самых частых патологий в практике врача травматолога-ортопеда являются повреждения области голеностопного сустава, составляя до 20% повреждений опорно-двигательного аппарата. Частота повреждений связок голеностопного сустава среди лиц трудоспособного возраста колеблется от 12% до 40%, тяжелые переломы лодыжек с повреждением дельтовидной связки и разрывом дистального межберцового синдесмоза в 30% случаев заканчиваются неудовлетворительным результатом [1]. По данным статистики, встречаемость переломов лодыжек составляет в среднем 100–120 случаев на 200 тыс. населения в год. От 54,1 до 84,6% переломы лодыжек с разрывом МБС встречаются у лиц молодого и трудоспособного населения [1–3].

По мнению ряда авторов, повреждение кольца в двух местах, которое может быть представлено либо переломом обеих лодыжек, либо переломом одной лодыжки и разрывом одной из групп связок, является нестабильным и составляет 1 % переломов лодыжек. В данную группу вышеуказанные ученые относят также все двух- и трехлодыжечные переломы, принимая в расчет то, что повреждение связок является эквивалентом (зачастую более тяжелым) перелома лодыжки. При консервативном лечении пациентов с переломами лодыжек, сопровождающимися разрывом МБС, неудовлетворительные результаты возникают от 6,6 до 23,4% случаев. Это связано с тем, что после проведения закрытой ручной репозиции отломков лодыжек и их внешней фиксации гипсовыми или полимерными повязками нередко сохраняется смещение отломков и диастаз между берцовыми костями в области МБС [6, 7]. Отечественные и зарубежные авторы считают, что после проведенного оперативного лечения переломов лодыжек с разрывом МБС от 24 до 52% случаев диастаз между берцовыми костями в МБС устранить невозможно, необходимость в повторной операции возникает от 2,1 до 20% наблюдений [4, 5]. В настоящее время для восстановления функции голеностопного сустава при разрывах связок дистального межберцового синдесмоза активно используются аппараты внешней фиксации, что позволяет получить хорошие результаты. Однако чрескостный метод имеет определенное ограничение применения по срокам, прошедшим после травмы, его используют при повреждениях давности не более 2 месяцев [6].

Цель работы. Применение стабильно-функционального остеосинтеза при разрывах связок дистального межберцового синдесмоза.

Материал и методы. Было изучено результаты лечения 83 больных с переломами лодыжек и разрывом связок дистального межберцового синдесмоза, которым проведено хирургическое лечение. Из них 52 (62,6%) мужского пола и 31 (37,4%) женского пола. Правосторонние повреждения у 35 (42,2%) и левосторонние у 48 (57,8%) больных. Больным были использованы следующие методы исследования: клинический, рентгенологический (включая МРТ).

В зависимости от типа перелома лодыжек и разрыва связок межберцового синдесмоза мы подходили дифференцированно к тактике восстановления стабилизации переломов голеностопного сустава и восстановления межберцового синдесмоза. Остеосинтез медиальной лодыжки, при выполнении которого предпочтения отдавали методике Вебера фиксацией винтами (пластинами). При переломах наружной лодыжки применяли металлические шурупы. При разрыве передней малоберцовой–большеберцовой связки (перелом типа В) использовали напряженный проволочный шов в зоне анатомического расположения связки. При разрывах связок межберцового синдесмоза – фиксация с помощью предложенного нами фиксатором (Патент UZ FAR 00969, 31.12.2014, Бюл., № 12) для внутрикостного остеосинтеза.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения проводили с помощью клинического и рентгенологического методов. Результаты оценивали по выраженности болевого синдрома, амплитуды движений в голеностопном суставе, состояние сустава и степень повседневной бытовой активности. Максимальная оценка (100) по этой шкале соответствует здоровому голеностопному суставу. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдались у 26 (31,3%). Применение самофиксирующих и самокомпрессирующих фиксаторов для внутрикостного остеосинтеза является оптимальным. Самокомпрессирующий фиксатор самофиксируется в кости, сохраняя достигнутое при операции внутрикостное положение костных отломков вплоть до их сращения. Использование внутрикостного фиксатора позволяет обеспечить его физиологически необходимую подвижность при движениях в суставе ($1,5 \pm 0,2$ мм кнаружи, $2,0 \pm 0,2$ мм кзади) по сути, замещая разорванные межберцовые связки.

Таким образом, сравнительный анализ различных способов фиксации костных фрагментов и межберцового синдесмоза выявил, что упруго напряженный самокомпрессирующий внутрикостный остеосинтез с применением самостягивающегося фиксатора по эффективности не уступает стандартным методам остеосинтеза (по методу М.Е. Мюллера и др.), а по срокам восстановления функции превосходит их.

Заключение. Лечение дистального межберцового синдесмоза с применением фиксатора для внутрикостного остеосинтеза обеспечивает восстановление функции голеностопного сустава и опороспособности пораженной конечности с возвращением пациентов к труду, в том числе и к физическому. Использование фиксатора позволяет контролировать процесс устранения синдесмоза во время операции, предупреждает возможность рецидивов, обеспечивает раннюю функциональную нагрузку оперированной конечности.

Список литературы / References

1. *Исломова К.А., Тоиров Э.С.* Эффективность внутрисуставного введения хондропротекторов при раннем остеоартрозе // Вестник науки и образования, 2020. № 9-3 (87). С. 92-97.
2. *Камалова Ш.М., Тешаев Ш.Ж., Хамидова Н.К.* Параметры физического развития 8-летних детей в норме и при сколиозе // Морфология, 2020. Т. 157. № 2-3. С. 92-93.
3. *Сафаров У.Б. и др.* Клинико-лабораторные особенности дебюта и развернутой стадии ревматоидного артрита // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53). С. 99-103.
4. *Тиляков А.Б. и др.* Результаты блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при диафизарных переломах костей голени // Вестник экстренной медицины, 2019. Т. 12. № 1. С. 40-42.
5. *Хамдамов Б.З., Тешаев Ш.Ж., Хамдамов И.Б.* Усовершенствованный способ ампутации на уровне голени при тяжелых формах синдрома диабетической стопы // Оперативная хирургия и клиническая анатомия, 2020. Т. 4. № 2. С. 37-40.
6. *Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н., Гафуров Ф.А., Каримов А.А.* Использование блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при переломах бедренной кости. Журнал «Проблема биологии и медицины». № 2 (118), 2020. С. 140-142.
7. *Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н., Холхужаев Ф.И., Жураев И.Г., Гафуров Ф.А.* Комплексное лечение остеохондропатии головки бедра у детей. Журнал «Проблема биологии и медицины». № 4 (113), 2019. С. 128-130.