

И.О. Панков

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПРОНАЦИОННО-ЭВЕРСИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

*Республиканская клиническая больница
Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)*

Лечение неправильно сросшихся пронационно-эверсионных переломов дистального суставного конца костей голени является одной из актуальных проблем современной травматологии. Как правило, такие переломы сопровождаются неустраненными подвывихами стопы кнаружи или кзади, а также разрывами дистального межберцового синдесмоза. При этом в значительной степени нарушается опорно-динамическая функция нижней конечности.

Оперативный метод лечения в настоящее время является основным при неправильно сросшихся переломах дистального суставного конца костей голени. Целью является достижение точной репозиции с устранением всех видов смещений и восстановление анатомии поврежденного голеностопного сустава. Показания к оперативному лечению определяются на основании данных клинко-рентгенологического обследования пациентов.

Чрескостный остеосинтез по Г.А. Илизарову является методом выбора при неправильно сросшихся переломах костей конечностей. Методики чрескостного остеосинтеза обеспечивают восстановление конгруэнтности суставных поверхностей костей, коррекцию положения фрагментов в процессе лечения, а также стабильную фиксацию на период сращения.

В клинике травматологии центра травмы РКБ разработаны и успешно применяются оригинальные компоновки аппаратов внешней фиксации при неправильно сросшихся переломах дистального суставного конца костей голени, а также методики оперативных вмешательств, обеспечивающие достижение точной репозиции с устранением всех видов смещений и восстановление голеностопного сустава. При этом оперативная репозиция малоберцовой кости является ключевым моментом, обеспечивающим устранение всех видов смещения и восстановление анатомии сегмента конечности.

При неправильно сросшихся переломах наружной лодыжки или малоберцовой кости производится корригирующая остеотомия по плоскости перелома и репозиция с восстановлением малоберцовой кости. При неправильно сросшихся переломах заднего края большеберцовой кости также производится остеотомия с восстановлением конгруэнтности в голеностопном суставе. После этого создаются условия для устранения избыточного диастаза в межберцовом сочленении. Конструкция компоновки аппарата внешней фиксации позволяет производить ненасильственное восстановление области дистального межберцового синдесмоза. Сроки лечения в аппарате составляют 2 – 2,5 месяца.

Изучены исходы лечения у 47 пациентов с неправильно сросшимися переломами дистального суставного конца костей голени, находившихся на лечении в клинике травматологии центра в 2000 – 2011 гг. Сроки наблюдения составили от 2 до 10 лет. Исходы оценивались на основании данных клинко-рентгенологического обследования пациентов.

В 4 случаях отмечены неудовлетворительные результаты лечения по причине значительных статико-динамических нарушений, приведших к частичной утрате трудоспособности. В 3 случаях такие нарушения были связаны с развитием стойких контрактур и в 1 случае – фиброзного анкилоза голеностопного сустава. Положительные исходы получены у 43 пациентов (91,5 %), у которых имело место восстановление трудоспособности и привычного образа жизни.

Таким образом, разработанные и применяемые нами методики оперативного лечения и компоновки аппаратов внешней фиксации обеспечивают положительные исходы лечения у большинства пациентов и способствуют успешной медицинской, социальной и психологической реабилитации пациентов.

А.М. Путинцев, А.Н. Кирдяшов, О.А. Струкова, М.А. Лобанов

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)
Кемеровская областная клиническая больница (Кемерово)*

Цель: изучить эффективность и определить показания к рентгенэндоваскулярной хирургии при лечении артериальной гипертензии различного генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время мы имеем опыт лечения 25 больных методами рентгенэндоваскулярной хирургии. По этиологии у 2 больных выявлена болезнь Иценко — Кушинга, 5 больных были с эссенциальной гипертензией и 19 больных с гиперфункцией мозгового слоя левого надпочечника — псевдохромоцитомы.

Применялись различные методы рентгенэндоваскулярной облитерации центральной надпочечной вены, повреждение ткани надпочечника, предложенный Комисаренко И.В. (6), окклюзию надпочечной вены тромбозом (5) и 3% этоксисклеролом (15). Изучены ближайшие и отдаленные результаты до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных с болезнью Иценко — Кушинга мы получили клинический эффект, но через 1 — 3 месяца в связи с возвратом клиники больным была выполнена поэтапная адреналэктомия.

У больных с эссенциальной гипертензией при проведении рентгенэндоваскулярной облитерации правого надпочечника в одном наблюдении развился синдром нижней полой вены, клинический эффект отмечался до года. Лучшие результаты мы получили у 15 больных с псевдохромоцитомой при использовании в качестве склерозанта 3% этоксисклерола, проводимой по методике дозированного, локального введения склерозанта. При отсутствии осложнений был получен стабильный, длительный гипотензивный эффект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с синдромом Иценко — Кушинга, с тяжелой эссенциальной гипертензией показания к рентгенэндоваскулярной хирургии должны ограничиться в объеме предоперационной подготовки или применяться у больных с высоким операционным риском.

У больных с гиперфункцией мозгового слоя надпочечников дозированное, локальное введение 3% этоксисклерола дает минимальное количество осложнений при максимальном клиническом эффекте — исчезли кризы артериальной гипертензии, ни один больной не потребовал заместительной терапии.

А.А. Раджабов

ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ СИНОВИТА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия (Махачкала)
ООО «Поликлиника Надежда» (Махачкала)*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синовит коленного сустава свидетельствует об осложнении артроза асептическим воспалительным процессом. Температура при этом, как правило, не повышается и анализы крови не показывают отклонений от нормы. В этой связи представляется целесообразным разработать доступный, достоверный и объективный способ измерения синовита коленного сустава в динамике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Устройство для диагностики и динамического контроля при гонартрозе и синовите коленного сустава (патент № 87887 РФ, 2009 г.), выполнено из горизонтальной пластины, с которой соединена вертикальная пластина со шкалой. С вертикальной пластиной соединен бегунок с планкой. Горизонтальная пластина и планка расположены по разные стороны от вертикальной пластины. Для выполнения измерений (патент № 2417747 РФ, 2011 г.) голень больного разгибается в коленном суставе, горизонтальная пластина устанавливается на передней поверхности голени. Затем планка опускается на переднюю поверхность коленного сустава. Расстояние между передней поверхностью голени и передней поверхностью коленного сустава, характеризующее выраженность синовита, оценивается по шкале, в миллиметрах. Исследование выполнено у 150 пациентов с гонартрозом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больная Д. (48 лет) обратилась с жалобами на боли в обоих коленных суставах, «хруст», «блокады», неустойчивость при спуске с лестницы, ограничение движений, отеки суставов после небольшой физической нагрузки и утреннюю скованность, более выраженные справа. Лечилась по поводу гонартроза в течение четырех лет. Во время осмотра, в числе других показателей, выполнялось измерение величины синовита. Слева данный показатель составил 21 мм, справа — 25 мм. Назначенное комплексное лечение включало противовоспалительные препараты, хондропротекторы и средства,