

УДК 617.3.1-008

Эргашев К.Н.

Кафедра общей хирургией

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖИ СТОПНОГО И ГОЛЕНО- ЛОДЫЖКО-СТОПНОГО СУСТАВОВ

Резюме: По данным статистики встречаемость переломов лодыжек составляет в среднем 100–120 случаев на 200 тысяч населения в год. От 54,1 до 84,6 % переломы лодыжек с разрывом межберцового синдесмоза (МБС), встречаются у лиц молодого и трудоспособного населения. Несмотря на то, что современная травматология располагает большим арсеналом способов лечения больных с переломами области голеностопного сустава (ГСС), сопровождающимися разрывом МБС, среди исходов лечения этой категории пациентов от 3,0 до 53,7 % встречаются контрактуры ГСС, неправильно сросшиеся переломы лодыжек, ложные суставы, застарелые подвывихи таранной кости с диастазом между берцовыми костями в области МБС, деформирующий артроз поврежденного ГСС.

Для формирования четкого подхода к лечению все переломы области ГСС разделяют на стабильные и нестабильные. Лодыжечную вилку условно принимают за кольцо, которое состоит из трех костей и соединяющих их связок. Поскольку эти связки практически не растяжимы, то одиночное повреждение кольца, например, изолированный перелом наружной лодыжки, составляющий до 85 % переломов лодыжек, не может привести к переднезаднему или латеральному смещению таранной кости и является, таким образом, стабильным.

Ключевая слова: голеностопный сустав, лодыжка, рубцевая деформация. .

Ergashev K.N.

Department of General Surgery

Andijan State Medical Institute

**MODERN TECHNOLOGY OF TREATMENT OF PATIENTS
WITH CICATRICIAL DEFORMITIES OF THE SKIN OF THE FOOT
AND ANKLE-ANKLE JOINTS**

Resume: According to statistics, the occurrence of ankle fractures averages 100-120 cases per 200 thousand people per year. From 54.1 to 84.6% of ankle fractures with rupture of interbirtial syndesmosis (MBS) occur in young and able-bodied people.

Despite the fact that modern traumatology has a large arsenal of methods for treating patients with fractures of the ankle joint (HSS), accompanied by a rupture of the MBS, among the outcomes of treatment of this category of patients from 3.0 to 53.7% there are contractures of the HSS, incorrectly fused ankle fractures, false joints, long-standing subluxations of the talus bone with diastasis between the tibia in the area MBS, deforming arthrosis of the damaged GSS. To form a clear approach to treatment, all fractures of the SCS area are divided into stable and unstable.

The ankle fork is conventionally taken for a ring, which consists of three bones and ligaments connecting them. Since these ligaments are practically non-stretchable, a single ring injury, for example, an isolated fracture of the outer ankle, which accounts for up to 85% of ankle fractures, cannot lead to an anteroposterior or lateral displacement of the talus bone and is thus stable.

Keywords: ankle joint, ankle, scar deformity. .

Введение. Хирургическое лечение больных с патологией голеностопного сустава на сегодняшний день представляет собой довольно сложную и многогранную проблему[4,7]. Это обусловлено, на наш взгляд, сочетанием трех значимых факторов, каковыми являются анатомические

особенности данной области, достаточно широкий спектр патологии, а также многообразие выполняемых у таких пациентов хирургических вмешательств на костях и околоуставных мягкот-каннх образованиях [2,6].

Однако технологии реконструктивно-пластической микрохирургии занимают в общей системе хирургического лечения больных рассматриваемой категории довольно скромное место. Традиционной сферой их применения считается лечение хронического остеомиелита, а также замещение посттравматических дефектов околоуставных мягких тканей данной области и смежных отделов конечностей[1,7]. Но, несмотря на относительно небольшое количество микрохирургических вмешательств у всей совокупности пациентов с патологией области голеностопного сустава, эти операции в целом все же характеризуются значительной сложностью, поскольку отсутствие местных пластических ресурсов обуславливает довольно частую (до 39%) необходимость выполнения свободной пересадки крово-снабжаемых тканевых комплексов [5,8].

Таким образом, исходя из этих аргументов, а также принимая во внимание положительный опыт авторского коллектива по лечению больных с патологией других крупных суставов конечностей, было проведено настоящее исследование, целью которого явилось изучение возможностей и определение перспектив использования технологий реконструктивно-пластической микрохирургии в системе лечения пациентов с патологией области голеностопного сустава[3,5].

Цель исследования. изучить возможности и определить перспективы использования технологий реконструктивно-пластической микрохирургии в системе лечения больных с патологией области голеностопного сустава.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 88 пациентов с травматическими и опухолевыми поражениями, а также неудовлетворительными исходами открытых ортопедических операций в области голеностопного сустава. Этим лицам в клинике АГМИ в период с 2021 по 2022 г. было выполнено 91 микрохирургическое вмешательство с использованием методик несвободной пластики островковыми лоскутами (50,5%) и свободной пересадки комплексов тканей (49,5%). У 11 (12,5%) больных микрохирургические операции выполняли в различных сочетаниях с другими высокотехнологичными открытыми ортопедическими вмешательствами на голеностопном суставе. Проведен анализ научных публикаций по теме исследования.

Результаты исследования. Работа основана на проведении клинко-рентгенологического обследования 53 пациентов, которым в клинике АГМИ с 2021 по 2022 г. было выполнено 56 операций артродезирования голеностопного сустава по поводу посттравматического крузартроза III-IV стадии. У 31 пациента из них дополнительно проведено анкетирование по международной шкале AOFAS, в которой хороший результат соответствует 75-94 баллам, удовлетворительный – 51-74 баллам, неудовлетворительный – менее 50 баллов. . Отдаленные результаты оценивались в срок от 1 года до 15 лет. Из 53 пациентов было 27 женщин и 26 мужчин в возрасте от 27 до 78 лет ($51 \pm 5,2$). У 4 пациентов имелся сахарный диабет II типа, двое больных страдали ревматоидным полиартритом тяжелой степени. Ведущими причинами для артродеза голеностопного сустава были: боль, значительное ограничение движений и опороспособности, выраженная деформация. В одном случае выполнялся закрытый артродез без резекции суставных поверхностей пациенту, у которого имелся высокий риск развития инфекционных осложнений.

Рассматривая формы патологии области голеностопного сустава, ставшие показаниями к выполнению реконструктивно-пластических

микрохирургических операций, нельзя обойти стороной одно важное обстоятельство, хотя и не относящееся напрямую к теме настоящего исследования. Дело в том, что для больных изучаемой категории, в отличие от лиц с поражениями, локализующимися в области других суставов, была характерна высокая частота дефектов параартикулярных мягких тканей, по-видимому, ятрогенной природы, в ряде случаев сочетающихся с краевыми или неполными циркулярными дефектами глубже расположенных костей. Так, у 26 (29,5%) пациентов эти дефекты сформировались после операций открытой репозиции и внутреннего остеосинтеза закрытых переломов дистального сегмента костей голени и/или лодыжек, а также, в единичных наблюдениях, - пяточной кости. Детальное изучение анамнестических данных показало, что, с одной стороны, все подобные дефекты стали следствием возникшего в послеоперационном периоде глубокого некроза паравульнарных мягких тканей, а с другой - операции остеосинтеза во всех таких ситуациях выполняли либо на фоне достаточно выраженного отека мягких тканей в области повреждения, либо спустя трое и более суток после травмы. В этой связи в последних случаях логично предположить возникновение у хирургов трудностей при проведении репозиции отломков, что могло стать причиной недостаточно бережного обращения с мягкими тканями, расположенными по краям хирургического доступа. Аналогичные проблемы имели место и у больных, которым до поступления в клинику РНИИТО им. Р.Р. Вредена выполнили различные варианты шва ахиллова сухожилия (19 человек или 21,6%). Такое довольно внушительное суммарное количество пациентов этих категорий, на наш взгляд, и стало основной причиной значительного превалирования у лиц с патологией области голеностопного сустава доли изолированных микрохирургических вмешательств.

Вывод. У больных с патологией области голеностопного сустава превалирует использование технологий реконструктивно-пластической микрохирургии в качестве самостоятельного и исчерпывающего способа лечения (87,5%) с примерно равными долями операций пластики островковыми лоскутами и свободной пересадки комплексов тканей.

Применение микрохирургических методик в рамках системы специализированной ортопе-до-травматологической помощи больным рассматриваемой категории на сегодняшний день ограничено отдельными случаями замещения дефектов дистального отдела большеберцовой кости по методу Илизарова, опухолевых поражений костей, а также сохранения внутренних конструкций при развитии местных инфекци-онно-некротических осложнений после соответствующих ортопедических операций.

У лиц с патологией области голеностопного сустава, нуждающихся в многокомпонентном хирургическом лечении, существует высокая потребность в свободной пересадке кровоснабжаемых комплексов тканей (от 66,7% до 83,3%).

Расширению использования технологий реконструктивно-пластической микрохирургии у пациентов с многокомпонентной патологией области голеностопного сустава в значительной степени будет способствовать прогресс технологий его эндопротезирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Машков В.М. Опыт хирургической коррекции вальгусного отклонения первого пальца стопы у пациентов с поперечным плоскостопием и деформирующим артрозом первого плюснефалангового сустава / В.М. Машков, Е.Л. Несенюк, Е.П. Сорокин, Н.В. Безродная, И.Е. Шахматенко // Травматология и ортопедия России. - 2013. – N 1 (67). – С. 72-78.

2. Омельченко Т.Н. Переломы лодыжек и быстро прогрессирующий остеоартроз голеностопного сустава: профилактика и лечение // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2013. - N 4 (593). – С. 35–40.

3. Яременко Д.А., Ершов Д.В., Яременко О.Д. Клиника, диагностика и хирургическое лечение застарелых повреждений межберцового синдесмоза (обзор литературы) // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2012. - № 4 (589). - С. 129-136.

4. Glazebrook M. Comparison of health-related quality of life between patients with end-stage ankle and hip arthrosis / M. Glazebrook, T. Daniels, A. Younger, C.J. Foote, M. Penner, K. Wing, J. Lau, R. Leighton, M. Dunbar // J Bone Joint Surg Am. – 2008. - N 90 (3). – P. 499-505.

5. Herscovici D. Pantalar arthrodesis for post-traumatic arthritis and diabetic neuroarthropathy of the ankle and hind foot / D. Herscovici, G.J. Sammarco, V.J. Sammarco, J.M. Scaduto // Foot Ankle Int. – 2011. - N 32 (6). - P. 581-588.

6. Olson K.M., Dairyko G.H., Toolan B.C. Salvage of chronic instability of the syndesmosis with distal tibiofibular arthrodesis: functional and radiographic results // J Bone Joint Surg. - 2011. - N 93 (1). – P. 66-72.

7. Schuh R. Total ankle arthroplasty versus ankle arthrodesis: comparison of sports, recreational activities and functional outcome / R. Schuh, J. Hofstaetter, M. Krismer, R. Bevoni, R. Windhager, H.J. Trnka // Int Orthop. – 2012. - N 36 (6). – P. 1207-1214.

8. Segal A.D. Functional limitations associated with end-stage ankle arthritis / A.D. Segal, J. Shofer, M.E. Hahn, M.S. Orendurff, W.R. Ledoux, B.J. Sangeorzan // J Bone Joint Surg Am. – 2012. - N 94 (9). – P. 777–783.