

ран, демонтаж АНФ, внутренняя фиксация. У 19 пациентов при переломах в дистальном отделе голени, при их стабильной фиксации и удовлетворительном стоянии отломков проводилось окончательное лечение в АНФ. При замене метода после 14 дней после демонтажа АНФ и заживления ран у исследуемых пациентов осложнений не наблюдалось. При замене метода до 14 дней, у 2 пациентов мы наблюдали раннее нагноение послеоперационной раны. В 1 случае - образование ложного сустава. У 50 пациентов мы отметили сращение переломов.

Выводы: При лечении открытых переломов костей голени 2-3 степени по Густильо-Андерсену наиболее важным является своевременное заживление ран и пластическое закрытие дефектов мягких тканей. При замене метода фиксации с внешнего на внутренний после 14 дней от момента травмы у 72% случаев мы наблюдали хороший функциональный результат. Срок замены метода на внутренний остеосинтез мы рекомендуем выполнять не раньше, чем через 2 недели после травмы.

¹ВАК – терапия - вакуумное закрытие ран; ²АНФ - аппарат наружной фиксации, ПХО - первичная хирургическая обработка

Key words: open fractures of the tibia, replacing method

Ключевые слова: открытые переломы костей голени, замена метода

Ключові слова: відкриті переломи кісток гомілки, заміна методу

УДК 617.9-587-007.56-089

Л. А. Гай, В. Ф. Венгер, В. В. Сердюк, А. И. Попов, Ю. Ю. Павлычко

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛАНТАРНОЙ ПЛАСТИНКИ КАПСУЛЫ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С HALLUX VALGUS В СОЧЕТАНИИ С МЕТАТАРЗАЛГИЕЙ

DIAGNOSIS OF THE PLANTAR PLATE INJURY CAPSULE METATARSOPHALANGEAL JOINTS IN PATIENTS WITH HALLUX VALGUS PATIENTS IN COMBINATION WITH METATARSALGIA

Одесский национальный медицинский университет

Стопа как орган опорно-двигательного аппарата, представляет единое и функциональное целое. Недостаточная способность переднего отдела стопы вследствие нарушения естественной рессорной функции обуславливает формирование сложной многоплоскостной деформации, которая имеет характерные признаки: (веерообразное расхождение плюсневых костей; варусное отклонения и пронация первой плюсневой кости, что приводит к вывиха сесамовидной костей, нарушение соосности движений в первом плюснефаланговом суставе с дальнейшим развитием дегенеративно-дистрофических изменений в нем, образование костно-хрящевых разрастаний в области головки первой плюсневой кости возникновения инконгруентности в первом клиновидно-плюсневой суставе вальгусное отклонения первого пальца). Но именно искривления пальцев стоп, а именно боль в ее переднем отделе - метатарзалгия, часто и приводит пациентов на прием к ортопеду. Метатарзалгия проявляется рядом постоянных признаков - болью и образованием омололостей под головками плюсневых костей или плюснефаланговых суставами (ПлФС).

Данная статья подробно освещает современные методы диагностики метатарзалгии у пациентов с метатарзалгией в сочетании с Hallux Valgus. Авторами приведены современные, высокоэффективные подходы к проведению диагностики, с использованием ультразвукографических исследований. Проанализированы результаты сонографического исследования количественных и качественных характеристик тканей плантарной поверхности стопы у 28 пациентов с локализацией метатарзалгии под головками 2 - 4 плюсневых костей (всего 106 плюснефаланговых сустава). Для сравнения было сформировано группу из 20 практически здоровых лиц без визуальных признаков патологии стопы и отсутствием жалоб. В них исследовали 2-й ПлФС на обеих стопах (40 исследований). Подробно выделена структура плантарной пластинки капсулы плюсна фаланговых суставов в норме и при метатарзалгии в сочетании с Hallux Valgus, что значительно повышает эффективность диагностики, выбора тактики и метода хирургического лечения данной категории пациентов. Повреждение ЧП капсулы плюсна фаланговых суставов в проявлении дегенерации тканей уплотнения, растяжения, и полного разрыва и является анатомической составляющей метатарзалгии, ярко демонстрирует ультразвукографические исследования переднего отдела стопы. Уровень повреждения ПП объективно освещает объем оперативного вмешательства у пациентов с Hallux Valgus в сочетании с метатарзалгией.

Ультразвукографическим исследованием установлено, что в основе метатарзалгии в сочетании с Hallux valgus лежат дегенеративные изменения плантарной пластинки капсулы плюснефалангового сустава, также установлено, что толщина плантарной пластинки не может служить объективным критерием оценки метатарзалгии. Угловые показатели переднего отдела стопы у пациентов с Hallux valgus в сочетании с метатарзалгией не влияют на локализацию метатарзалгии. Представленная в работе схема диагностики больных с Hallux valgus в сочетании с метатарзалгией может быть рекомендована к применению в специализированных ортопедо-травматологических учреждениях.

Key words: plantar plate, ultrasonography, Hallux Valgus, metatarsalhiya.

Ключевые слова: плантарная пластинка, ультразвукография, Hallux Valgus, метатарзалгия.

Ключові слова: плантарна пластинка, ультразвукографія, Hallux Valgus, метатарзалгія.

УДК 616.9 - 002.4 – 089

О. С. Герасименко, О. Б. Тымчук, К. Л. Масунов

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF SOFT TISSUE INFECTIONS NECROTIC

Военно-медицинский клинический центр Южного Региона, Украина

Некротические инфекции мягких тканей характеризуются тяжестью инфекционного процесса, обширностью патологических изменений, генерализацией инфекции, необходимостью коррекции имеющейся полиорганной дисфункции. К ним относятся: клостридиальные и неклостридиальные некротические целлюлиты, некротизирующий фасциит, клостридиальный и неклостридиальный мионекроз, целлюлофасциит, целлюлофасциомиозит и другие.