

© Группа авторов, 1999

Схема оценки результатов лечения больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости

Н.М. Ключин, А.М. Аранович, А.И. Топоров

A scheme for assessment of results of treatment in patients with chronic osteomyelitis of calcaneus

N.M. Kliushin, A.M. Aranovich, A.I. Toporov

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — академик РАМТН д.м.н. профессор, заслуженный деятель науки РФ В.И. Шевцов)

Авторами предложена схема оценки результатов лечения хронического остеомиелита пяточной кости. Работа основана на анализе лечения 34 больных (36 стоп) с остеомиелитическим поражением пяточной кости.

Ключевые слова: хронический остеомиелит, пяточная кость, чрескостный остеосинтез.

The authors proposed a scheme for assessment of results of treatment of chronic calcaneal osteomyelitis. The work is based on analysis of treatment in 34 patients (36 feet) with osteomyelitic calcaneal involvement.

Keywords: chronic osteomyelitis, calcaneus, transosseous osteosynthesis.

Проблема лечения больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости остается актуальной до настоящего времени, несмотря на сравнительную редкость данного заболевания. Обеспечение при оперативном вмешательстве необходимого радикализма (широкой резекции с удалением гнойно-некротического очага в пределах здоровых тканей) обычно приводит к нарушению функции стопы, образованию субтотального или тотального дефекта пяточной кости, требующего длительного лечения. Осуществление экономной секвестрнекрэктомии обуславливает высокую частоту рецидивов остеомиелитического процесса - до 60%, ампуций - 15%. Лечение традиционными методами (секвестрнекрэктомия с открытым ведением ран, костная пластика, кожная пластика) часто является неэффективным, производится в несколько этапов, сопряжено с длительными сроками лечения [2, 3, 4].

Применение современных методов лечения (свободная кожная, кожно-костная пластика по типу микрососудистой пересадки тканей, кожно-мышечная пластика по типу микрососудистой пересадки тканей, кожно-мышечная пластика, трансмиопластика, комбинированные способы пластики) возможны лишь в отдельных специализированных лечебных учреждениях, требуют специальных знаний, оборудования. В этих случаях замещение костного послеопера-

ционного дефекта, образующегося в результате секвестрнекрэктомии, производится за счет мышечной ткани, а не однотипной костной ткани, иммобилизация гипсовыми повязками ведет к длительному вынужденному положению конечности, затрудняет перевязки [2].

Оценка результатов лечения в большинстве работ проводилась только по критерию стойкого купирования остеомиелита [1, 2].

Комплексная оценка состояния гнойного очага (локализация, распространенность, размеры), состояния мягких тканей (наличие, размеры, локализация свищевых ходов, остеомиелитической язвы), функции суставов (подтаранного, голеностопного, сустава Шопара), косметического эффекта после операции (внешний вид, наличие рубцов) при анализе результатов лечения, как правило, не проводилась [1-4].

Мы располагаем опытом лечения 34 больных (36 стоп), находившихся в отделении гнойной ортопедии РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова. Для объективной комплексной оценки результатов лечения нами предлагается схема, включающая максимальное количество критериев и переработанная с учетом специфики проблемы лечения больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости. Условно каждый из показателей мы оценивали в баллах по значимости.

Таблица 1.

Критерии оценки результатов лечения больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости

Критерий	Характеристика критерия	Балл
1. Боль	отсутствует	10
	непостоянная, при небольших нагрузках	5
	постоянная, при нагрузке	3
	непостоянная, в покое	2
	постоянная, в покое	0
2. Отеки	отсутствуют	5
	непостоянные, корригирующиеся возвышением конечности	3
	непостоянные, требующие медикаментозной коррекции	2
	постоянные, не корригируемые	0
3. Язва	отсутствует	10
	неглубокая (до 0.5см) на боковых поверхностях пятки, площадь - не более 2см ²	5
	Неглубокая (до 0.5см) на боковых поверхностях, площадь - от 2 до 10см ²	4
	неглубокая (до 0.5см) на подошвенной или на задней поверхности, площадь - не более 2см ²	3
	глубокая на боковых поверхностях, площадь - от 2 до 10см ²	2
	неглубокая на подошвенной или на задней поверхности, площадь - более 2см ²	1
	глубокая на подошвенной или на задней поверхности	0
4. Свищи	отсутствуют	20
	один свищевой ход на боковых поверхностях	3
	один свищевой ход на подошвенной или задней поверхности	1
	два и более свищевых ходов	0
5. Рентгенологические, КТГ признаки полости	полость отсутствует	20
	одиночная полость до 1см, секвестров нет	5
	одиночная полость от 1 до 3см, секвестров нет	3
	одиночная полость более 3см, секвестров нет или множественные полости	1
	одиночная полость более 3см, с наличием секвестров	0
6. Деформация заднего отдела стопы	отсутствует	5
	супинация до 10°, угол Белера -20-30°	3
	супинация 10°-30°, угол Белера -0-20°	1
	супинация более 30°, угол Белера - менее 0°	0
7. Дефект пяточной кости (укорочение, ложный сустав)	отсутствует	5
	укорочение до 1см	3
	укорочение от 1 до 3см	2
	субтотальный дефект или ложный сустав и укорочение более 3см	1
	тотальный	0
8. Голеностопный сустав	полный объем движений	5
	контрактура до 10°	3
	контрактура с объемом движений не более 3-5°	2
	анкилоз в функционально-выгодном положении	2
	анкилоз в порочном положении	0
9. Подтаранный сустав	полный объем движений	5
	контрактура до 10°	3
	анкилоз в функционально-выгодном положении	1
	анкилоз в порочном положении	0
10. Сустав Шопара	полный объем движений	5
	контрактура до 10°	3
	анкилоз в функционально-выгодном положении	1
	анкилоз в порочном положении	0
11. Опорность	ходьба с одной тростью более 3км, хромота	4
	ходьба с одной тростью менее 3км, хромота	
	ходьба с одним костылем непостоянно	1
	ходьба при помощи двух костылей	0
12. Косметический дефект	отсутствует	5
	множественные точечные рубцы от спиц или не более двух нормальных послеоперационных рубцов	4
	более двух нормальных необезображивающих послеоперационных рубцов	3
	более одного обезображивающего послеоперационного рубца	1
	выраженный косметический дефект	0

При разработке оценочной таблицы учитывали следующие обстоятельства.

1. Диагноз хронического остеомиелита строился на наличии местных локальных проявлений (свищи, остеомиелитическая язва) и данных рентгенологического исследования (обзорная рентгенография, фистулография, компьютерная томография (КТГ)). Так, если у больного, при поступлении на лечение имелся один свищ в области пяточной кости, на рентгенограмме или компьютерной томограмме имела полость до 2см., то при подсчете сумма баллов по пункту 4-5 будет ниже 60баллов (100-20-20=60).

2. Максимальная сумма баллов – 100.

3. Минимальная сумма баллов - 0.

4. На основании подсчета баллов мы выделили следующие результаты лечения:

-отличный - от 85 до 100 баллов;

-хороший - от 75 до 84 баллов;

-удовлетворительный - от 60 до 74 баллов;

-неудовлетворительный - менее 60 баллов.

Таким образом, предложенная схема оценки позволила объективно и комплексно оценить результаты лечения больных с остеомиелитическим поражением пяточной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маттис Э.Р. Система оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий: Автореф. дис... д-ра мед.наук. - М, 1985. - 29с.
2. Местная миопластика с микрохирургической пересадкой комплекса тканей при лечении хронического остеомиелита пяточной кости / В.В. Юркевич, А.А. Поляков, И.М. Мельников и др. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: Сб.науч. раб. - Екатеринбург, 1997. - С. 219-223.
3. Печенюк В.И., Житницкий Р.Е., Шапурма Д.Г. Хирургическое лечение хронического остеомиелита пяточной кости // Ортопед.,травматол. - 1990. - № 1. - С. 6 - 11.
4. Treatment of Chronic Osteomyelitis of the Calcaneus by Resection of Calcaneus / M. Martini, Y. Martini-Bekeddache, T. Bekhechi et al. // J. Bone Jt. Surg. - 1974. -Vol. 56-A, № 3. - P. 542-548.

Рукопись поступила 17.07.99.

Вышли из печати

Методические рекомендации:

- 📖 Организация экспертизы и обоснование сроков нетрудоспособности больных при лечении переломов костей конечностей методом Илизарова. - Курган, 1994. - 13 с.
- 📖 Прижизненное исследование биомеханических свойств кожных покровов. - Курган, 1995. - 14 с.
- 📖 Применение аппарата Илизарова при переломах коротких трубчатых костей. - Курган, 1997. - 27 с.
- 📖 Оперативное лечение больных с аплазией большеберцовой кости с применением аппарата Илизарова. - Курган, 1997. - 20 с.
- 📖 Оперативное лечение больных с посттравматическими контрактурами локтевого сустава с применением аппарата Илизарова. - Курган, 1997. - 18 с.
- 📖 Приборы и методы функционального биоуправления в реабилитации двигательных функций верхней конечности при её удлинении по Илизарову. - Курган, 1997. - 21 с.
- 📖 Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей верхней конечности у больных, страдающих сахарным диабетом. - Курган, 1997. - 30 с.
- 📖 Способы стимуляции кровообращения при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей. - Курган, 1998. - 20 с.