

ли 5, с повреждением С2 - 14, с повреждением С3 - 10. По поводу свежих переломов были оперированы 89,6% (26-пациентов), неправильно срастающихся -10,4% (3-пациента).

Контрольная группа: оперировано 58 пациентов по классической методике без применения микроимплантов.

Результаты оценивали по клинико-рентгенологическим критериям. Функциональная оценка проводилась по шкале DASH.

Результаты. В основной группе рентгенологическое сращение к 1,5 месяцам после остеосинтеза отмечено у 20,6% пациентов, к 2 месяцам – у 51,7%, к 4 месяцам – у 96,5%. Неправильно сросшийся перелом у 1 пациента. Инфекционных осложнений отмечено не было. При оценке результатов по шкале DASH в срок 1 месяц в среднем отмечаются хорошие результаты, в срок 2 месяца - отличные, т.е. несмотря на наличие и выраженность рентгенологического сращения функциональные параметры соответствовали здоровому суставу. В контрольной группе в среднем хорошие результаты в срок от 2,5 до 4 месяцев.

Выводы. Применение микроимплантов:

- 1) Позволяет добиться основных принципов лечения внутрисуставных переломов;
- 2) Создает оптимальные условия для сращения в зоне перелома и начать раннюю дозированную нагрузку;
- 3) У большинства пациентов позволяет получить благополучные результаты;
- 4) Позволяет улучшить функцию сустава и качество жизни пациента в ближайшем послеоперационном периоде.
- 5) Данный фиксатор дешевле винтов Герберта.

ТАКТИКА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ

Обухов И.А.

Уральский государственный медицинский университет,
Центр косметологии и пластической хирургии г. Екатеринбург

Введение. Переломы ладьевидной кости запястья составляют 1,2-9% от всех переломов костей скелета (35-86,9% от всех переломов костей кисти). Для ладьевидной кости характерно длительное сращение перелома, частое образование несращений и ложных суставов

(10-25%), внутрикостных кист, асептический некроз ЛК (около 10-15% переломов в области талии и 30-40% переломов проксимального полюса ЛК не срастаются). Эти осложнения снижают качество жизни пациентов, а также могут привести к инвалидности. Лечение несросшихся переломов и ложных суставов ладьевидной кости до настоящего времени представляет значительные трудности. Консервативное лечение неэффективно. В настоящее время существует большое разнообразие видов оперативного лечения ложных суставов и несращений ЛК, таких как остеосинтез канюлированными винтами, чрескожная фиксация спицами, различные виды костной аутопластики, аппараты внешней фиксации. Однако положительные исходы по данным литературы достигают не более 65-80%. Необходима разработка дифференцированной тактики ведения больных с несросшимися переломами и ложными суставами ЛК, включающей в себя несколько методов оперативного лечения.

Цель исследования. Определить эффективность дифференцированной тактики при несросшихся переломах и ложных суставах ладьевидной кости запястья.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 16 пациентов с последствиями переломов ЛК, а именно с несращениями и ложными суставами, находившихся на лечении в Центре косметологии и пластической хирургии г. Екатеринбурга в период с 2004 по 2013 гг. Все – мужчины в возрасте от 18 до 38 лет. Срок после полученной травмы у больных составлял от 6 месяцев до 10 лет. 12 из 16 пациентов имели ложные суставы ладьевидной кости с дефектом кости, кистовидной перестройкой (D2 по Т. Herbert, 1990), в остальных случаях – тип С. В 5 случаях имел место некроз проксимального отломка с частичным его лизисом, у 8 больных отмечался деформирующий остеоартроз лучезапястного сустава I-II ст.

Пациентам применялась комбинированная оперативная технология лечения, включающая удаление зоны склероза концов отломков, внедрение костного аутотрансплантата из гребня подвздошной кости или лучевой кости, стабильная фиксация ладьевидной кости с трансплантатом двумя или тремя тонкими спицами, декомпрессия сустава дистракционным аппаратом Илизарова. Спицы из ладьевидной кости, и аппарат снимали через 8-10 недель после операции с предварительным рентгенологическим контролем сращения кости.

Для оценки использовались клинический, лучевой (рентгенография и компьютерная томография), статистический методы исследова-

дования. Клинический метод включал изучение боли, амплитуды движений в поврежденном кистевом суставе.

Больные обследовались до операции, через 1, 3, 6, 12 месяцев и более после операции. Для оценки результатов наряду с объективными методами (рентгенография и КТ-графия) использовалась система субъективной оценки DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand).

Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. Отдаленные результаты лечения изучены у всех 16 больных. В сравнении с дооперационным периодом отмечалось:

До операции у больных отмечались боли разной интенсивности при осевой нагрузке на кисть по лучевой стороне, выраженное ограничение движений, особенно тыльной флексии и лучевого отведения кисти. В первые 3- 4 месяца после операции характер болей менялся и был связан с разработкой движений в кистевом суставе. При оценке клинических результатов через 6 месяцев замечено, что пациенты не испытывали болей в кистевом суставе.

При изучении амплитуды движений выявлено, что до операции у 14 из 16 больных имелись ограничения сгибательно-разгибательных движений в кистевом суставе в среднем на 60% от нормы, а также лучевого отведения. После операции к 6 месяцам амплитуда движений в кистевом суставе была ограничена не более, чем на 20% от нормы. В сроки 1 год и более после проведенной операции у 10 пациентов выявлено полное восстановление амплитуды движений, у 6 отмечено незначительное ограничение разгибательных движений в кистевом суставе (на 15-20°).

По данным рентгенографии и КТ у всех больных выявлено сращение ладьевидной кости в сроки 2,5- 3 месяца после операции. Компьютерная томография, выполненная через 1 год после операции, позволила выявить, что оптическая плотность в месте бывшего дефекта составляла более 80% площади, при этом отчетливо определялся непрерывный контур кортикального слоя ладьевидной кости. Эти данные свидетельствовали о полной или почти полном восстановлении ладьевидной кости.

Оценка функциональных возможностей по системе DASH выявила следующие значения баллов: до операции - 78, через 3 месяца после операции - 59, через 6 месяцев - 45, через 1 год и более - 36.

Заключение. Применение комплексной оперативной технологии, обеспечивающей восстановление анатомической формы ладьевидной кости, заполнение зон кистовидной перестройки кортикальногубчатым трансплантатом, стабилизация фрагментов ладьевидной кости, обязательную декомпрессию сустава на период, необходимый для сращения кости, позволило улучшить анатомические и функциональные результаты у больных с тяжелыми последствиями переломов ладьевидной кости кисти.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ КИСТИ

Обухов И.А.¹, Мокишина И.А.², Морозов И.Б.²

Центральная городская клиническая больница № 24,²

Уральский государственный медицинский университет¹ г. Екатеринбург

В настоящее время в большинстве субъектов Российской Федерации медицинская помощь больным с травмой кисти оказывается в хирургических и травматологических отделениях районных и городских больниц. В Российской Федерации не сформирована нормативная база организации специализированной помощи при травмах кисти, не определены её объемы на различных этапах, отсутствует обоснование штатного обеспечения. Предложения по организации помощи больным с травмой кисти на этапах эвакуации, оказания специализированной помощи нередко противоречивы, представлены в научной литературе отдельными технологическими фрагментами (лечение отдельных нозологических форм), не позволяющими концептуально объединить технологический процесс от момента оказания экстренной помощи до реабилитации.

Известно, что качество оказания помощи больным с травмой кисти в общехирургических стационарах в 3 раза, в травматологических отделениях в 1,5-1,8 раза ниже, чем в специализированных отделениях хирургии кисти.

Проведенные в г. Екатеринбурге обширные эпидемиологические исследования продемонстрировали стабильно высокое количество больных с травмой кисти в г. Екатеринбурге (12,9-14,5 на тысячу населения) и в Свердловской области (10,3-11,4 на тысячу населения). Большую часть больных (60%) составляли мужчины в возрасте до 40 лет. Наиболее частыми нозологическими формами этих повреждений