

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

являлись: раны (38,0-43,2%), переломы костей кисти (21,5-23,9%) и переломы лучевой кости в типичном месте (19,1-23,2%). Уровень инвалидности вследствие травм кисти у жителей г. Екатеринбурга невысокий – 1,5-1,9 на 10000 населения.

В Свердловской области медицинская помощь при легких повреждениях кисти оказывается в амбулаторно-поликлинических отделениях, а при тяжелых – в хирургических и травматологических отделениях стационаров районных и городских больниц, в большинстве которых отсутствуют необходимые лечебно-диагностические технологии и достаточная квалификация врачей-специалистов.

В настоящее время организационная структура оказания медицинской помощи при травмах кисти в г. Екатеринбурге включает сеть травматологических пунктов (для лечения легких повреждений) и трех специализированных больниц (для лечения тяжелых травм). В городе на протяжении 30 лет функционирует ортопедическое отделение ЦГКБ № 24, в основе деятельности которого является оказание специализированной помощи больным с травмой и заболеваниями кисти. Отделение является клинической базой кафедры травматологии и ортопедии УГМУ. Материалы работы отделения, новые разработки послужили основой для защиты 4 докторских и 7 кандидатских диссертаций. Ежегодно в центр поступает 1000-1100 больных с различной патологией кисти, при этом большую часть из них составляют больные с травмой и последствиями травм кисти и пальцев. В отделение ортопедии госпитализируются больные с наиболее тяжелой травмой кисти. Анализ деятельности отделения показал снижение экстренных госпитализаций до 22-23% от всех госпитализаций. Это косвенно подтверждает тот факт, что часть больных со свежими тяжелыми повреждениями поступает в другие больницы города и области. Между тем, жители Свердловской области и рядом расположенных областей составляют до 40-42% от всех поступающих больных. В структуре случаев госпитализаций жителей области с травмой кисти значительную часть (20,6-27,2%) занимают пациенты с последствиями различных повреждений кисти, что обусловлено недостаточной квалификацией работающих в муниципальных больницах хирургов и травматологов в лечении данной патологии.

Созданный на базе муниципальной больницы неформальный центр хирургии кисти выполняет важную социально значимую задачу лечения и реабилитации больных с тяжелыми травмами кисти, однако его деятельность, как и других подобных специализированных

центров, связана с ограниченностью источников финансирования в связи с муниципальным статусом базового медицинского учреждения и отсутствием официально утвержденного положения о региональном центре. В связи с ограничением государственного заказа, к сожалению, существует очередь на госпитализацию больных. В последний год организовано оказание амбулаторной хирургической помощи части больных с ортопедической патологией кисти в условиях травмпункта ЦГКБ № 24. Однако существенного снижения очереди на госпитализацию в специализированное отделение не отмечено. Решение проблемы заключается, вероятно, в распределении потоков пациентов с травмой кисти по травматологическим отделениям лечебных учреждений города и области.

Анализ эпидемиологических данных и работы отделения хирургии кисти, а также выборочный анализ ошибок оказания помощи больным с патологией кисти позволил выделить основные проблемы организации помощи больным с патологией кисти. Ведущей проблемой является недостаточное качество оказания помощи больным с патологией кисти в лечебных учреждениях города и области. На протяжении последних лет отмечается изменение структуры ошибок в оказании помощи больным с травмой. Зачастую помощь оказывают врачи, не знакомые с современными технологиями и спецификой работы в Уральском регионе. Нередко вместо попыток сохранения поврежденных структур кисти врачи прибегают к излишне радикальным операциям, вплоть до удаления части кисти и пальцев, берутся за выполнение технически непростых ортопедических операций на верхней конечности без соответствующей подготовки, что, естественно, приводит к нежелательным последствиям.

Для оптимизации организации помощи больным с травмой и заболеваниями кисти необходимо:

1) проведение реорганизации помощи больным с травмой и патологией верхней конечности, выделение основных медицинских структур по оказанию специализированной и высокотехнологичной помощи со строгой регламентацией маршрутизации (по 3 группам повреждений - легкие, средней тяжести и тяжелые);

2) систематическая подготовка врачей хирургов и травматологов области по актуальным проблемам оказания неотложной помощи больным с травмой кисти;

3) оснащение соответствующих медучреждений необходимым оборудованием и инструментарием;

4) организация амбулаторной реабилитации в поликлинических отделениях ЛПУ в крупных городах области.

Оптимизация организационной системы обеспечит повышение качества оказания медицинской помощи больным с патологией кисти и уменьшение сроков временной нетрудоспособности.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТРАКЦИОННОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Обухов И.А.¹, Лукин С.Ю.², Столбиков С.А.², Морозов И.Б.³, Субботин А.И.²
Уральский государственный медицинский университет¹,
Городская больница (травматологическая) №36²,
Центральная городская клиническая больница № 24³ г. Екатеринбург

Актуальность. Неправильное сращение лучевой кости является одним из наиболее частых осложнений (от 23,6% до 90%) этих видов переломов. Неправильное сращение лучевой кости приводит к существенному ухудшению качества жизни пациентов, сопровождается развитием стойких тяжелых контрактур кистевого сустава и суставов предплечья, посттравматического артроза, неврологических расстройств, повреждений сухожилий. Используемые в настоящее время технологии оперативного лечения позволяют восстановить анатомию лучевой кости, между тем функциональные результаты лечения заставляют желать лучшего.

Целью работы. Улучшение результатов лечения больных с неправильным сращением дистального эпиметафиза лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости (ВГЛК), контрактурами кистевого сустава (КС) и суставов предплечья (СП).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 42 больных с неправильносрастающимися и сросшимися переломами дистального эпиметафиза лучевой кости (ДЭМЛК), находившихся на лечении в отделении хирургии центра косметологии и пластической хирургии, отделения хирургии кисти (ортопедии) ЦГКБ № 24 и отделения ортопедии ГКБ № 36 г. Екатеринбурга в период с 2008 по 2014 гг. Мужчин было 6, женщин 36. Пациенты были в возрасте от 23 до 78 лет. В анамнезе - переломы ДЭМЛК по классификации АО: В2, В3, С1, С2, С3. Больные поступали на лечение из различных больниц города и Свердловской об-