

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ВЗРОСЛЫХ

Челноков А.Н., Лазарев А.Ю., Соломин Л.Н.¹, Кулеш П.Н.¹

УНИИТО им. В.Д. Чаклина, г. Екатеринбург

Российский научно исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Р.Р. Вредена, г. Санкт-Петербург¹

Закрытый интрамедуллярный остеосинтез стал «золотым стандартом» в лечении переломов длинных костей, но не предплечья, где до сих пор доминирует накостный остеосинтез. Ограниченное использование закрытого штифтования при повреждениях этой локализации было обусловлено трудностями закрытого восстановления анатомии предплечья, особенно ротационных взаимоотношений лучевой кости. Нами разработана технология закрытого штифтования, лишенная этих недостатков, и на сегодня доступны малоинвазивные способы лечения: чрескостный остеосинтез и закрытый интрамедуллярный остеосинтез. Оба этих метода имеют свои положительные и отрицательные стороны, но сравнения их в лечении переломов костей предплечья не проводилось.

Цель работы. Проанализировать результаты лечения пациентов с применением закрытого интрамедуллярного и чрескостного видов остеосинтеза.

Материал и методы. После лечения по поводу диафизарных переломов костей предплечья нами было обследовано 63 пациента (группа I) оперированных методом закрытого интрамедуллярного остеосинтеза по предложенной нами технологии, и 24 пациента (группа II) – с применением чрескостного остеосинтеза с отдельной фиксацией каждой кости. Все пациенты оперировались в срок до 30 суток с момента травмы. Проводилась оценка функции локтевого сустава, лучезапястного сустава и ротации предплечья. Кроме того, результаты лечения оценивались по шкале DASH.

Результаты. Средний срок сращения в группах был сопоставим: в группе I составил $12,6 \pm 1,4$ нед., в группе II - $12,7 \pm 0,6$. При оценке восстановления амплитуды движений в локтевом и лучезапястном суставах в срок 1 месяц после операции в группе I они составили $142,1 \pm 2,9$ и $129,5 \pm 8,3$ ($p < 0,05$) соответственно, а в группе II - $122,5 \pm 7,2$ и $110,0 \pm 8,2$ ($p < 0,05$).

Через 1 месяц после операции амплитуда ротационных движений в составляла у пациентов группы I $128,8 \pm 7,5$, у пациентов группы II через 1 месяц после операции ротация в аппарате составляла $73,3 \pm 13,8$ ($p < 0,01$). В срок 3 месяца ротация составляла $152,2 \pm 10,8$ и $67,8 \pm 14,3$ ($p < 0,001$) в группах I и II соответственно. Через 6 месяцев после операции также имелись статистически достоверные отличия в восстановлении амплитуды ротационных движений с явным преимуществом в группе I: $166,1 \pm 8,7$ и $134,4 \pm 8,6$. Через 1 год после операции в обеих группах пациенты демонстрировали полную амплитуду движений.

При оценке по шкале DASH в срок 3 месяца после операции у пациентов группы I показатель составил $3,2 \pm 1,8$, у пациентов группы II - $45,2 \pm 6,7$, что можно связать с наличием у пациентов группы II аппарата внешней фиксации. В срок 1 год после операции достоверных различий отмечено не было и все результаты в обеих группах относились к хорошим.

Выводы. Современные малоинвазивные способы остеосинтеза позволяют достичь хороших отдаленных результатов у пациентов с переломами костей предплечья. Но более раннее восстановление функции и показателей качества жизни отмечается у пациентов после закрытого интрамедуллярного остеосинтеза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗЪЯКОРНЫХ ТКАНЕВЫХ ФИКСАТОРОВ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Чертков А.К.¹, Баженов А.В.², Рошаль С.М.², Панченко Е.Н.²

Уральский государственный медицинский университет¹

5 военный клинический госпиталь ВВ МВД России² г. Екатеринбург

Актуальность. Хроническая посттравматическая передняя нестабильность плечевого сустава – одна из самых частых патологий опорно-двигательного аппарата, и составляет около 15% всех травм опорно-двигательного аппарата. И если ранее при передней нестабильности плечевого сустава выполнялись в основном различные варианты открытых операций, то в последнее время все чаще применяется артроскопическая стабилизация плечевого сустава. С ростом числа артроскопических вмешательств расширился и спектр фиксаторов, как якорного, так и безъякорного (тканевого) типа, применяе-