

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-

мых для реинсерции передней суставной губы. Принципиальная разница в механизме заклинивания якорного и безъякорного фиксатора в губчатой кости гленоида, а также практически двукратная разница в диаметре формируемого для фиксатора отверстия, послужила поводом для проведения данного клинического сравнения.

Материалы и методы. В условиях травматологического отделения 5 ВКГ ВВ МВД России, в 2014 г. выполнено 30 артроскопических операций пациентам с хронической передней нестабильностью плечевого сустава, обусловленной посттравматической несостоятельностью передней суставной губы. Средний возраст пациентов составил $23 \pm 1,2$ лет. Мужчин было 27, женщин 3. У всех оперированных пациентов при лучевом исследовании выявлен разрыв передней суставной губы, так называемое мягкотканое повреждение Банкарта. Наблюдаемые пациенты были разделены на две группы. Первая группа 14 (46,7%) пациентов, были оперированы по поводу застарелого разрыва передней суставной губы плечевого сустава с использованием традиционного якорного фиксатора из полимолочной кислоты, диаметром 2,9 мм, с одной нитью. Вторая группа 16 (53,3%) пациентов оперирована с использованием мягкотканого фиксатора диаметром 1,3мм, также с одной нитью. В обеих группах в большинстве случаев для стабилизации передней суставной губы было использовано по три фиксатора: якорных фиксаторов всего 45, тканевых - 49.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства у пациентов обеих групп составила 47 ± 6 минут. Все операции были выполнены одним составом операционной бригады. Среди пациентов первой группы было два (4,4%) случая неадекватной фиксации якоря в костной ткани гленоида и один (2,2%) случай выдергивания нити из якоря. У пациентов второй группы было три (6,1%) случая, когда вследствие малого диаметра засверленного отверстия не удалось ввести тканевой фиксатор из-за смещения направителя. Среди пациентов второй группы не было ни одного случая несостоятельности тканевого фиксатора при корректной установке его в сформированное отверстие. Все случаи неудачного введения фиксаторов, как в первой, так и во второй группе, произошли в начале освоения методики.

Заключение. Несмотря на одинаковую, в нашем коротком наблюдении, частоту неудач при введении в передний край гленоида как традиционных якорных, так и тканевых фиксаторов, применение последних нам представляется более оправданным из-за меньшего

дефекта костной ткани, остающегося при неудачном введении фиксатора. Мы не проводили сравнительных стендовых испытаний прочности заклинивания тканевых и якорных фиксаторов в костной ткани гленоида, но при интраоперационном тестировании разницы в мануальных ощущениях не было. Простота применения, относительно короткая «обучающая кривая» и дешевизна тканевых фиксаторов в сравнении с традиционными «якорями» из полимолочной кислоты, при схожих клинических результатах, заслуживает более пристального сравнительного изучения ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения передней нестабильности плечевого сустава.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИАППАРАТА ИЛИЗАРОВА

Чиркова И.В., Шихалева Н.Г.

РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» г. Курган

Актуальность. По данным разных авторов, повреждения кисти и пальцев среди механических травм опорно-двигательного аппарата мирного времени составляют от 20 до 60% (Губочкин, Н. Г., 1997). Среди разнообразных повреждений кисти на переломы костей приходится более 30%, закрытые переломы составляют 17,5%, переломы пястных костей 35% (Волкова А.М., 1995), из них переломы на уровне головки и шейки составляют 74% (Мигулева И.Ю., 2002). Таким образом, дистальный метаэпифиз является наиболее часто встречающейся локализацией закрытых переломов костей кисти. Около 80% пациентов с такими переломами составляют мужчины в возрасте от 18 до 50 лет (Афанасьев Л.М., 1998, Неверов В.А., 2000, Мигулева И.Ю., 2002). Переломы дистального метаэпифиза не являются тяжелой физической травмой и не приводят к инвалидности пациента, но данная проблема является весьма актуальной. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, появление новых методик лечения, частота осложнений и неблагоприятных исходов при травмах кисти достигает 75% (Воротников, А.А., 2007 Гришин И.Г., 1985, Дейкало, В.П., 2007).

Цель исследования. Проанализировать встретившиеся ошибки и осложнения при лечении больных с данной травмой кисти с ис-