

ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ МЕТОДОМ КОМБИНИРОВАННОГО СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ДИНАМИЧЕСКИ УПРАВЛЯЕМОЙ ФИКСАЦИЕЙ.

Кувшинкин А.А., Эдиев М.С.

Саратовский государственный медицинский университет, кафедра травматологии и ортопедии, г. Саратов

Удельный вес переломов костей голени, среди всех переломов длинных трубчатых костей, составляет от 21,6 до 60% (Краснов А.Ф. и соавт., 1996; Корнилов Н.В., 2004; Гусейнов А.Г., 2005).

По направлению линии перелома самыми распространенными являются косые и винтообразные переломы (К.М. Сиваш с соавт., 1980; Абдрахманов А.Ж., 1980; A. Sarmiento et al, 1981); они составляют от 38 до 88,8% от всех диафизарных переломов костей голени.

Неудовлетворительные исходы оперативного лечения диафизарных переломов костей голени составляют от 5 до 25% (Шумада И.В., 1990; Корнилов Н.В., 2004; Johnson E.E. et al., 1987; Pipino F., 1994). Среди большого количества различных способов лечения данной патологии ни один не зарекомендовал себя как метод выбора. Одним из наиболее молодых направлений в лечении переломов является метод комбинированного остеосинтеза, но в литературе описываются единичные сообщения о его применении.

Целью исследования является разработка способа оперативного лечения косых и косо-спиральных диафизарных переломов костей голени методом комбинированного стабильного остеосинтеза шурупами в сочетании с остеосинтезом динамически управляемым аппаратом внешней фиксации нашей модификации, направленного на сокращение сроков временной нетрудоспособности и улучшение функциональных результатов.

За период с 2004 по 2007 годы было прооперировано 23 пациента с диафизарными переломами костей голени, которым проведено лечение по разработанной на кафедре травматологии и ортопедии СГМУ методике комбинированного остеосинтеза динамически управляемой фиксацией. Методика включает открытую репозицию и фиксацию шурупами с последующим наложением компактного аппарата внешней фиксации с минимальным количеством погружных элементов. В качестве последних использовались стержни. При этом стержни вводились по передней поверхности голени, что исключает повреждение мышц и делает оперативное вмешательство малотравматичным, база аппарата находится на расстоянии 1,5-2,0 см от передней поверхности голени. Все это дает возможность для создания условий абсолютной жесткости, что в дальнейшем позволяет давать полную нагрузку на поврежденную конечность. В последующем жесткость аппарата ослабляется с помощью динамически управляемой системы - создаются условия для микроподвижности, что стимулирует мозолеобразование. Возраст больных составлял от 16 до 65 лет (14 мужчин и 9 женщин). Отдаленные результаты лечения изучены у 16 (69%) больных из 23-х. Оценку проводили по 3-х бальной шкале оценок Любошица-Маттиса-Шварцберга (1980). Средние сроки фиксации в аппарате составили 48 ± 10 дней. Средние сроки нетрудоспособности $72 \pm 12,2$ дня. При лечении традиционными методами эти временные показатели в 1,5-2 раза выше.

Заключение: 1. Предложенная методика наиболее полно отвечает основным биомеханическим принципам – максимально точной репозиции, надежной фиксации в сочетании с допустимой эластичностью и высокими функциональными возможностями.

2. Лечение диафизарных переломов костей голени методом комбинированного стабильного остеосинтеза с динамически управляемой фиксацией позволяет полностью отказаться от дополнительной фиксации гипсовой повязкой.

3. Использование в качестве внешней иммобилизации модуля аппарата внешней фиксации позволяет в первые дни после операции в полном объеме восстановить двигательную и частично опорную функцию.

4. Позволяет сократить сроки иммобилизации и нетрудоспособности в 1,5-2 раза.