

5. Betterle C., Dal Pra Ch., Mantero F., Zanchetta R. // *Endocr. Reviews.* – 2002. – V. 23, № 3. – P. 327-364.
6. Chen Q., Kukreja A., Maclaren N.K. The Autoimmune polyglandular syndromes // In: DeGroot LJ, Jameson J. L., eds. – *Endocrinology.* – V. 1. – 4th ed. – Philadelphia. – 2001. – P. 587-599.
7. Davidson A., Diamond B. Autoimmune diseases // *N. Engl. J. Med.* – 2001. – V. 345, № 5. – P. 340-350.
8. Eisenbarth G., Verge C. Immunoendocrinopathy syndromes. // In: *Williams Textbook of Endocrinology.* – 9th ed. – 1998. – P. 1651-1659.
9. Eisenbarth G.S., Gottlieb P.A. // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – V. 350, № 20. – P. 2068-2079.
10. Schott M., Scherbaum WA // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – V. 351, № 10. – P. 1032-1033.
11. Soderbergh A., Myhre A.G., Ekwall O. et al. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2004. – V. 89, № 2. – P. 557-562.

### НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИН С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ

*А.П. Здоровенко, Г.Н. Старостин*

*Подольская городская клиническая больница, г. Подольск, Россия*

Создание пластин с угловой стабильностью (LCP), разработанных Международной ассоциацией остеосинтеза (AO/ASIF), является революционным прорывом в накостном остеосинтезе. К сожалению, эти импланты еще мало оценены российскими травматологами, так как получили широкое распространение далеко не во всех регионах нашей страны.

В течение 1,5 лет мы все шире применяем импланты для накостного остеосинтеза с угловой стабильностью фирмы «SYNTHES», поставляемые на наш рынок фирмой «МАТИС Медикал, Россия». Используем как простые, так и анатомически подготовленные пластины для различных сегментов.

Использование пластин LCP с заблокированными шурупами привело к ряду существенных изменений в тактике лечения, в операционной технике и в послеоперационном ведении травматологических и ортопедических больных.

Кардинально изменилась тактика лечения – значительно снизился процент консервативного лечения переломов, снизился процент оперированных аппаратами внешней фиксации, значительно сократились сроки предоперационной подготовки – остеосинтез выполняем в возможно более ранние сроки, несмотря на состояние кожи и наличие ран. Большое количество всевозможных имплантов позволяет восстановить анатомию сегментов и надежно удерживать фиксированные отломки в послеоперационном периоде. Это дает возможность активно разрабатывать смежные суставы и избегать постиммобилизационных контрактур. Таким образом, восстановительный период перемещается на ранний послеоперационный период. В качестве примеров можно привести

пластину LPHR, созданную для оскольчатых переломов головки и шейки плечевой кости. Пластина имеет «якорную» посадку блокированных шурупов в головке плечевой кости. Это позволяет надежно удерживать отломки даже у пожилых пациентов при полой головке плечевой кости и проводить активную разработку плечевого сустава в раннем послеоперационном периоде. Анатомически подготовленные мышцелковые пластины LCP DF (дистальное бедро), LCP PLT (проксимальная наружная большая берцовая) и метафизарная пластина LCP DMH (дистальное медиальное плечо) и LCP DMT (дистальная медиальная большая берцовая) позволяют надежно зафиксировать переломы в этих проблемных зонах и активно разрабатывать локтевой, коленный и голеностопные суставы. Ладонные Т-образные пластины позволяют фиксировать отломки при переломах лучевой кости в типичном месте и в послеоперационном периоде, вести больных без гипса, активно восстанавливать функцию лучезапястного сустава. Пластина «лист клевера» LCP и более поздняя пластина «крест» позволяют выполнить надежную фиксацию при многооскольчатых переломах пилона, а ранняя разработка при этих переломах позволяет гарантированно восстановить функцию голеностопного сустава, что было практически недостижимо при консервативном лечении и при лечении аппаратами Илизарова.

Кардинально изменилась оперативная техника с появлением пластин с угловой стабильностью:

- не требуется идеального моделирования пластины – введение шурупов не вызывает вторичного смещения отломков;
- не проводится скелетирование кости – пластина укладывается над надкостницей на высоте 2 мм;
- используется меньшее количество шурупов, возможно применение как би-, так и монокортикальных шурупов;
- не нарезается метчиком резьба.

Все это приводит к значительному сокращению времени остеосинтеза, снижению травматичности вмешательства, сохранению кровоснабжения фрагментов и отломков при очень высокой надежности фиксации. А это, в свою очередь, уменьшает сроки консолидации переломов. Принципиально новое технологическое решение (блокирование шурупов в пластине) приводит к невозможности миграции шурупов даже у пациентов с выраженным остеопорозом. Блокирование шурупов в пластине (угловая стабильность) исключает циклические угловые нагрузки на пластину в месте перелома, что, в свою очередь, исключает такие осложнения, как угловая деформация пластины и рефрактуры, что было характерно для стандартного накостного остеосинтеза при ранних нагрузках. При использовании пластин LCP мы разрешаем нашим пациентам гораздо большую первичную нагрузку, что позволяет использовать остаточную трудоспособность, самостоятельно водить автомашину. Особенно это важно при сочетанной травме – современные имп-

ланты позволяют нашим пациентам в раннем послеоперационном периоде полностью обслуживать себя, они не нуждаются в дополнительном уходе. Сочетание переломов плечевой кости, костей предплечья с повреждением нижней конечности позволяет нашим пациентам передвигаться на костылях сразу после выполнения остеосинтеза переломов сегментов верхних конечностей.

Значительное снижение предоперационных сроков и отсутствие осложнений в послеоперационном периоде повлияло на показатели работы отделения – снизился койко-день и возрос оборот койки, снизились затраты отделения на медикаментозное лечение одного пациента, затраты на приобретение гипса.

Следующий момент, который необходимо отметить, – это не только значительное уменьшение этапа восстановительного лечения, но и снижение затрат на этом этапе, ведь для разработки суставов у пациентов после длительных иммобилизаций требовался раньше длительный период физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК под контролем методиста. Значительно уменьшились финансовые затраты самих пациентов, особенно с травмами нижних конечностей, – проезд к месту восстановительного лечения и обратно стоит немалых денег. Снизились затраты пациентов и на медикаментозное лечение на этом этапе, так как отсутствуют отеки, болевой синдром.

Следует отметить и совершенно другое качество жизни наших пациентов. При наличии гипсовой иммобилизации и аппаратов внешней фиксации создается ряд неразрешимых неудобств, которые отсутствуют у наших пациентов при использовании современных технологий.

Все вышеперечисленное привело и к значительному снижению процента выхода на инвалидность.

Еще один, редко упоминаемый экономический аспект – значительное снижение сроков лечения (по нашим данным – в 2 раза) – очень выгоден региону, так как основные финансовые потери региона составляют потери из-за недополученной продукции и соответственно недополученной прибыли как предприятия, так и региона по налогам. Эти финансовые потери значительно превосходят потери по выплатам больничного листа.

К сожалению, эти преимущества не всегда бывают реализованы на амбулаторном этапе. Врачи поликлиник не знают особенностей ведения пациентов с новыми имплантами и значительно растягивают сроки восстановительного лечения, необоснованно ограничивают нагрузки, разрешают полную нагрузку в значительно более поздние сроки – ведут пациентов как при стандартном накостном остеосинтезе пластинами без блокирования шурупов.

В нашем отделении за 2 года (2003-2004) выполнено 1103 операции, из них травматологических – 673. Остеосинтезов блокированными пластинами LCP выполнено 122.

По нозологиям операции распределились следующим образом:

1. Остеосинтез переломов шейки плечевой кости пластинами «лист клевера» LCP, пластинами LPHP – 9.
2. Остеосинтез переломов диафиза плечевой кости пластинами LCP, в том числе и метафизарными – 11.
3. Остеосинтез переломов костей предплечья пластинами LCP – 9.
4. Остеосинтез переломов лучевой кости в типичном месте Т-образными ладонными пластинами LCP – 9.
5. Остеосинтез переломов бедренной кости пластинами LCP, в том числе и LCP DF – 17.
6. Остеосинтез переломов костей голени пластинами LCP, в том числе и LCP PLT и LCP DMT – 49.
7. Остеосинтез переломов пилона пластинами «лист клевера» LCP – 16.
8. Остеосинтез переломов пяточной кости пластинами LCP – 2.

Применение современных имплантов – пластин с угловой стабильностью LCP, несмотря на большую стоимость самого импланта, экономически выгодно и региону, и медицинским учреждениям региона, и самому пациенту.

Для использования этих преимуществ в полном объеме необходимо ориентировать соответствующим образом медработников амбулаторного звена.

Обучение на базовом и продвинутом курсах АО/ASIF следует считать необходимым условием подготовки квалифицированного оперирующего ортопеда-травматолога.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ruedi et al. AO / ASIF Principles of Internal Fixation, Thieme-Verlag, 2000.
2. Perren et al. // Brit. J. Accid. Surg. – V. 22, Suppl. 1.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ МОНИКИ

*В.Г. Зенгер, С.Н. Шатохина, З.М. Ашуров, С.А. Кокорева,  
Э.В. Кадырова, А.И. Слоева  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Респираторный папилломатоз (РП) – одно из наиболее распространенных опухолевых заболеваний верхних дыхательных путей, встречающееся как у детей, так и у взрослых. На его долю приходится 3,5% всех доброкачественных новообразований ЛОР-органов. По данным различных авторов, частота папилломатоза гортани колеблется от 20 до 45% всех доброкачественных опухолей этой локализации.