

или периартикулярно (от 20 до 300 мкг). Инъекции производили 2 раза в неделю, в среднем 5–6 раз. Обкалывание суставов сочетали с капельными внутривенными введениями 0,9%-го физиологического раствора (200,0 мл) при концентрации озона на выходе 1,5 мг/л, на курс — 6–8 вливаний ежедневно или через день. Оставшиеся 24 пациента (вторая группа) получали исключительно базовую терапию, без использования озоносодержащих лекарственных средств.

Анализ величин исследуемых клинических симптомов на 6-е сутки лечения в первой группе показал, что под влиянием комбинированной озонотерапии, происходила максимальная стабилизация клинического состояния больных: достоверное снижение уровня болевого синдрома (76 % в первой группе, против 24 % второй), уменьшение признаков реактивного синовита и воспалительного отека (80 % против 37 % в первой и второй группах соответственно), тугоподвижность в суставе (66 % в первой группе и 21 % во второй группе). Подобная положительная динамика прослеживалась и на 14-е сутки лечения больных в стационаре, причем купирование болевого синдрома наблюдалось у 98 % пациентов первой группы, отмечались единичные случаи проявления таких клинических симптомов, как воспалительный отек и тугоподвижность в суставе.

Анализ величин исследуемых параметров системы «ПОЛ-антиоксиданты» показал, что при использовании в базовой терапии больных остеоартрозом комбинированной озонотерапии происходит максимальная стабилизация процессов липопероксидации, что подтверждается достоверным снижением уровня ТБК-активных продуктов более чем в 1,6 раза ($p < 0,001$), и повышении антиокислительной активности организма в 2,3 раза ($p < 0,001$), в сравнении со второй группой на 6-е сутки наблюдения.

Таким образом, использование комбинированной озонотерапии в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов позволяет в короткие сроки стабилизировать процессы липопероксидации и добиться положительного клинического эффекта с развитием периода ремиссии более у 89 % больных первой группы в среднем на 6–8 месяцев.

А.А. Брагарь

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОКИРУЕМОГО И НЕБЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Буковинский государственный медицинский университет (Украина, Черновцы)

ВВЕДЕНИЕ

Среди всех переломов костей скелета переломы плечевой кости составляют 14–16 %. Наличие большого количества технологий лечения больных с переломами плечевой кости свидетельствует о том, что это является одной из сложных и нерешенных проблем в травматологии. Основным критерием оценки той или иной технологии хирургического лечения является частота и характер осложнений, возникающих после операции.

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения переломов плечевой кости путем анализа осложнений блокируемого и неблокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами с 2000 по 2010 гг. проведено хирургическое лечение 197 пациентов переломами плечевой кости, из них 87 больным был выполнен неблокируемый и блокируемый интрамедуллярный остеосинтез. Возраст больных колебался в пределах от 18 до 89 лет; среди них мужчин было 49 (56,32 %) и женщин — 38 (43,67 %). По классификации АО переломы типа А составили 45 (51,75 %) случаев, типа В — 36 (41,37 %), типа С — 6 (6,89 %).

Прооперированные пациенты были разделены на две клинические группы. Пациентам I клинической группы выполнен интрамедуллярный неблокируемый остеосинтез — 58 (66,6 %) клинических случаев. По закрытой технологии выполнено 52 (59,77 %) операции, по открытой технологии — 6 (6,89 %). Пациентам II клинической группы проводили интрамедуллярный блокируемый остеосинтез — 29 (33,3 %) клинических случаев, из них по закрытой технологии выполнено 23 (26,4 %), по открытой — 6 (6,89 %). Проведенный анализ результатов базировался на клинικο-рентгенологических исследованиях и определении количества и характера осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты изучены у 87 больных во время пребывания на стационарном лечении. Клинικο-рентгенологические наблюдения показали, что количество осложнений у пациентов I клинической группы составило — 6 (6,89 %): из них невралгия лучевого нерва — 1 (1,14 %), остеомиелит — 1 (1,14 %),

рефрактура — 1 (1,14 %), псевдоартроз — 2 (2,29 %), брахиоплексит — 1 (1,14 %). Во II клинической группе количество осложнений — 3 (3,44 %) случая (невропатия лучевого нерва).

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании анализа результатов хирургического лечения 87 пациентов с переломами плечевой кости нами сделан вывод о том, что по количеству осложнений (6,89 %) традиционные технологии остеосинтеза неблокируемыми интрамедуллярными конструкциями уступают современным технологиям интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза (3,44 % осложнений).

Полученные данные свидетельствуют о том, что при хирургическом лечении переломов плечевой кости методом выбора следует считать интрамедуллярный блокируемый остеосинтез (3,44 % осложнений).

Е.В. Варганов

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОСТЕЙ КИСТИ

Городская клиническая больница № 5 (Челябинск)

Адекватным и основным методом лечения больных с опухолями костей кисти до настоящего времени остается хирургический метод. Удаление опухолевых очагов в пределах здоровых тканей предусматривает необходимость ликвидации пострезекционного костного дефекта и последующего восстановления функции кисти. При проведении костнопластических операций по замещению дефектов костей кисти наиболее распространенными методами фиксации являются гипсовая лонгета и металлосинтез спицами. Ведение больных, перенесших такие вмешательства, в послеоперационном периоде предполагает длительную иммобилизацию и, как следствие — обездвиженность суставов кисти с последующим развитием стойких контрактур.

До больного необходимо донести все современные возможности реконструктивно-восстановительного лечения, в том числе и с проведением различных остеопластических операций с применением аппаратов внешней фиксации для скорейшего восстановления функции конечности. Малая травматичность, функциональность, физиологичность разработанных способов позволяют надеяться на существенное расширение диапазона реконструктивно-восстановительной хирургии кисти при онкологической патологии, рациональное решение сложных задач обеспечения комплекса оптимальных условий для реабилитации больных с данной патологией.

Цель исследования — доказательство целесообразности проведения у пациентов с опухолями костей кисти сохранно-восстановительных пособий в условиях чрескостного остеосинтеза.

В отделении травматологии и хирургии кисти за период 1992 — 2010 гг. проведено 105 оперативных пособий с проведением замещения костных дефектов кисти в сочетании с чрескостным остеосинтезом (аутоостеопластика — 54; пластика пористой гидроксиапатитной керамикой — 28; гранулами КоллапАна — 23) и 59 операций по замещению дефектов коротких костей на основе управляемого чрескостного остеосинтеза.

При резекции кости с целью сохранения длины оперируемого луча с проведением остеопластики накладывали аппарат. При проведении остеопластики при наличии небольшого костного дефекта трансплантаты укладывали на место дефекта с последующей умеренной компрессией в аппарате для ускорения репаративных процессов. При замещении большого дефекта аутоотрансплантат обязательно фиксировали дополнительными спицами к аппарату. Также проводилась умеренная компрессия. При замещении дефектов на основе управляемого остеосинтеза через метафизы проводили по три перекрещивающихся спицы. Спицы фиксировали в аппарате. Через разрез, соответственно локализации опухоли, проводили абластическую резекцию кости. Через костный фрагмент, имеющий большую длину, вблизи его конца, проводили две дистракционные спицы. Концы спиц крепили к аппарату. Далее проводили остеотомию в метафизарном отделе более длинного фрагмента кости. В последующем дозированной тракцией за дистракционные спицы проводили удлинение кости. После достижения плотного устойчивого торцевого контакта концов фрагментов осуществлялась фиксация аппаратом до сращения.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 17 лет прослежены у 143 пациентов. Все они признаны хорошими, за исключением семи случаев рецидива злокачественных новообразований, что потребовало необходимости повторных оперативных вмешательств. Семь больных умерло от генерализации опухолевого процесса. У четверых оперированных отмечено возникновение остеомиелита с последующим