

ническая симптоматика и наличие солитарных опухолевых поражений позвоночного столба без прорастания вещества спинного мозга, отсутствие другой опухолевой патологии. Использовались передние или задние доступы. Удаление позвонка выполнялось анатомическим блоком или фрагментарно с предварительной СВЧ-электротермической обработкой патологически измененной костной ткани. Удаление позвонка и паравerteбрального компонента опухоли выполнялось в пределах гистологически здоровой костной ткани. Для стабилизации позвоночника использовались индивидуальные металлоконструкции, транспедикулярная фиксация, многоуровневые эндокорректоры («Конмет», «Омега-21», «Диапазон», «Moss-Miami») и различные варианты межтелового спондилодеза. В трех наблюдениях удаление позвонка и первичного очага осуществлено одномоментно: в одном наблюдении выполнена мастэктомия по Маддену, в двух — нефрэктомия.

Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купирован во всех наблюдениях. Активный образ жизни с отсутствием неврологических нарушений ведут 68 % пациентов. Трудовая реабилитация достигнута в 19 % случаев.

После получения результатов планового гистологического исследования 18-ти пациентам проведено комбинированное лечение. Сроки наблюдения составили до 36 месяцев. Летальный исход

в раннем послеоперационном периоде отмечен у двух пациентов. Рецидив опухолевого процесса в зоне операции на позвоночнике в течение 1 года отмечен у 5 больных, прогрессирование опухолевого процесса вне зоны операции на позвоночнике отмечено у 7 (46 %) пациентов. Всем этим пациентам проведена дополнительная противоопухолевая терапия с использованием хирургических и консервативных методов. Выживаемость в течение года составила — 25 %.

Таким образом, необходимо придерживаться активной хирургической тактики при солитарном поражении позвоночника с целью купирования симптомов компрессии спинного мозга и морфологической верификации опухолевого процесса. Малое число местных рецидивов, говорит о реальности выполнения радикального удаления опухоли позвонка при солитарном поражении позвоночника с использованием методических подходов по снижению кровопотери и повышению абластичности операций. Предварительные результаты свидетельствуют о необходимости разработки методик блоковых резекций позвонков для повышения радикализма. При прогрессировании опухолевого процесса вне зоны операции на позвоночнике оправдывает себя активная тактика лечения с использованием хирургических и консервативных методов, что позволяет значительно увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

УДК 616.728.3:616-001.513

А.В. Ерусалимцев, И.Е. Комогорцев, С.М. Кузнецов, П.Д. Метревели

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Авторы предлагают методику лечения внутрисуставных переломов с помощью миниинвазивного вмешательства.

Ключевые слова: внутрисуставные переломы, коленный сустав

MINI-INVASIVE INTERVENTIONS AT INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE KNEE JOINT

A.V. Yerusalimtsev, I.E. Komogortsev, S.M. Kuznetsov, P.D. Metreveli

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The authors suggest the method of treatment of intraarticular fractures with the help of mini-invasive intervention.

Key words: intraarticular fractures, knee joint

Закрытые внутрисуставные переломы костей коленного сустава относятся к тяжелым повреждениям костей нижней конечности. Чаще всего при этом встречаются переломы мыщелков большеберцовой кости. По существующей классификации

переломы подразделяются на изолированные переломы мыщелков большеберцовой кости, Т- и V-образные оскольчатые, многооскольчатые, переломы межмыщелкового возвышения, мыщелков бедренной кости, краевые переломы суставной поверхно-

сти нижнего полюса надколенника. Особое место занимают компрессионно-импрессионные переломы, которые часто сопровождаются значительными разрушениями суставных поверхностей. Они, как правило, сопровождаются разрывами капсульно-связочного аппарата и менисков коленного сустава. Большое количество осложнений, длительные сроки иммобилизации и восстановительного лечения, высокий процент выхода больных на инвалидность в различные сроки от момента травмы составляют от 6 до 37 % при традиционных методах лечения. Последние несостоятельны в плане обеспечения трех основных задач реабилитации пациентов: точной репозиции отломков, стабильной фиксации, раннего начала восстановления функции движения и опоры конечности. При этом первая задача осуществляется только у каждого четвертого, вторая — у каждого второго и третья — у всех.

С учетом этого, а также недостатков традиционных диагностических методов — клинического и рентгенологического, — которые часто не позволяют выявить истинных характер перелома и сопутствующие ему другие внутрисуставные повреждения, в нашей клинике на завершающем этапе диагностики и лечения широко используется артроскопия, которая дает возможность наиболее детально оценить характер повреждений, состояние суставных поверхностей и сустава в целом. Эндовидеохирургические вмешательства были выполнены у 14 пациентов в возрасте от 19 до 45 лет. Мужчин было 12, женщин — 2. Переломы мыщелков большеберцовой кости были у 8 пациентов, межмышцел-

кового возвышения — у 3, мыщелков бедренной кости — у 3 больных. Для стабильного остеосинтеза использовали закрытую репозицию без вскрытия капсулы сустава под контролем артроскопии. После репозиции путем прокола мягких тканей в зоне поврежденного мыщелка временно фиксируем его направляющей спицей. Под эндоскопическим контролем выполняем окончательную фиксацию перелома канюлированными винтами. При наличии сопутствующей травматической патологии устраняем ее под эндовизуальным контролем. Краевая резекция частично поврежденного мениска была выполнена у 4 пациентов. В двух наблюдениях при отрыве передней крестообразной связки с костным фрагментом была выполнена репозиция с фиксацией канюлированным винтом. В одном наблюдении сочетанное повреждение передней крестообразной связки было выполнено при артроскопии после сращения перелома и восстановления функции сустава. Как правило, основным критерием к эндовидеохирургическим вмешательствам на коленном суставе было раннее оперативное вмешательство, не позднее недели со дня травмы. Иммобилизация конечности в послеоперационном периоде осуществлялась гипсовой повязкой до 6 недель. При стабильном остеосинтезе предпочитали раннее начало движений в суставе без иммобилизации. Осевую нагрузку разрешали через 2–2,5 месяца. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не наблюдали. Предлагаемая методика значительно улучшает исходы лечения переломов.

УДК 617.577-002.36:616-08

С.М. Кузнецов, П.Е. Крайнюков, А.В. Ерусалимцев

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОСТНЫМИ ПАНАРИЦИЯМИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Воинская часть 73934 (Иркутск)

Предлагаемая авторами комплексная методика лечения костных панарициев позволила вдвое сократить расход лекарственных препаратов. Средний койко-день при костном панариции составил 21,1. Кроме того, больше чем в два раза сократился процент ампутаций и экзартикуляций — 10 %.

Ключевые слова: костные панариции, лечение

COMPLEX THERAPY OF BONE FELONS

S.M. Kuznetsov, P.E. Krainyukov, A.V. Yerusalimtsev

Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Military unit N 73934

The suggested complex method of treatment of bone felons allows twice reduction of drugs expenses. Average quantity of days spent in the hospital in patients with bone felon made 21,1. Besides, number of amputation and exarticulation became more than twice lower — 10 %.

Key words: bone felons, treatment

Панариции объединяют группу заболеваний, сущность которых составляет неспецифическое ос-

трое воспаление различных анатомических структур пальца, вызываемое патогенной микрофлорой.