

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

отторжением трансплантата и укорочением оперированного луча. Функция кисти у остальных пациентов восстановлена полностью.

При сочетании остеопластики и чрескостного остеосинтеза практически не страдает функция лучезапястного сустава и суставов кисти. Применение чрескостного остеосинтеза при лечении больных с опухолями трубчатых костей кисти является перспективным направлением хирургии кисти.

С.В. Виссарионов, А.П. Дроздецкий, Н.А. Крутелев, В.П. Сنيщук

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА И СПИННОГО МОЗГА

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера (Санкт-Петербург)

Цель исследования: разработать тактику хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом в сочетании с патологией позвоночного канала и спинного мозга.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте от 11 до 16 лет с идиопатическим сколиозом IV степени, у которых в ходе обследования выявлена патология позвоночного канала и спинного мозга. У 6 больных имелась сирингомиелия шейной и грудной локализации, у 4 детей — липома пояснично-крестцового отдела с гипертрофией терминальной нити и фиксацией спинного мозга, у 2 пациентов обнаружена диастематомиелия II типа на грудном уровне без аномалий развития позвонков, у 4 — мальформация Арнольда-Киари с сирингомиелическими кистами. У 10 пациентов наблюдалась сколиотическая деформация грудной локализации, у 6 — грудопоясничной с величиной основной дуги искривления от 55 до 102° по Cobb. У всех больных в клинической картине заболевания присутствовали неврологические нарушения в зависимости от варианта патологии спинного мозга и позвоночного канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 16 пациентам первым этапом выполняли нейрохирургическое вмешательство, направленное на устранение патологии позвоночного канала и спинного мозга и ликвидацию его фиксации. Пациентам с сирингомиелией осуществляли дренирование кисты. При наличии мальформации Арнольда-Киари выполняли реконструкцию краниовертебрального перехода. При диастематомии — удаление фиброзной перегородки спинного мозга в сочетании с пластикой дурального мешка и восстановления ликвородинамики. У пациентов с липомой пояснично-крестцового отдела позвоночника и фиксированным спинным мозгом проводили удаление липомы позвоночного канала и пересечение терминальной нити.

Вторым этапом через 2–4 недели после выполнения нейрохирургического этапа операции осуществляли коррекцию деформации позвоночника многоопорной металлоконструкцией. У 6 больных хирургическое вмешательство выполнено из дорсального доступа, у 10 пациентов с учетом величины и ригидности сколиотической деформации пришлось прибегнуть к операции из двух доступов. Первоначально из переднебокового доступа осуществляли дискэктомию на вершине деформации в сочетании с корпородезом, из дорсального доступа — коррекцию сколиоза многоопорной металлоконструкцией и задний спондилодез. Операционная коррекция сколиотической деформации составила 56–82 %. Неврологические осложнения в ходе оперативного лечения отсутствовали или не усугублялись относительно дооперационного уровня. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 4 лет потеря коррекции не превысила 4 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Тактика хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом, сочетающегося с патологией позвоночного канала и спинного мозга должна быть этапной. Первым этапом с целью снижения риска неврологических осложнений перед коррекцией сколиотической деформации позвоночника и ликвидации клинических проявлений неврологического дефицита, необходимо выполнять нейрохирургическое вмешательство, задачей которого является устранение патологии позвоночного канала и спинного мозга.