

йодистого калия, ронидазы и лидазы. С той же целью, а также для нормализации процессов микроциркуляции проводили курсы лечения дециметровыми волнами, аппликациями озокерита (парафина). Сегментарная физиотерапия заключалась в воздействии синусоидальными модулированными токами на область шейно-грудного отдела позвоночника.

Лечебная гимнастика проводилась во II и III фазе индивидуальным методом. Во II фазе она была направлена главным образом на устранение нейротрофических нарушений, улучшение циркуляции и профилактики (или устранение) контрактур, предупреждение развития рубцово-спаечного процесса. В III фазе основной задачей наряду с улучшением кровотока являлось устранение уже развившегося спаечного процесса и имеющихся контрактур. В этой фазе после купирования болевого синдрома процедуру лечебной гимнастики обязательно завершали ортопедическими укладками в крайних положениях. Трудотерапию применяли как во II, так и в III фазе.

Лечение назначали курсами по 45 дней, интервал между курсами составлял 4—6 мес (в этот период проводилась лечебная гимнастика, ортопедические укладки, трудотерапия). После прохождения одного или нескольких курсов лечения (один курс — 10 больных, два курса — 6, три курса — 2) у всех больных отмечался положительный эффект. Боли купированы у 17 (95,5%) пациентов. У всех больных улучшилась трофика: прошел отек предплечья и кисти, нормализовалась цвет кожи, ее напряжение. Это подтверждается и данными реовазографии, свидетельствующими об увеличении пульсового кровенаполнения, нормализации сосудистого тонуса и венозного оттока.

Амплитуда движений в лучезапястном суставе увеличилась в среднем на 35° (25% от нормального объема движений). Сила кисти (измерение ее проводилось кистевым динамометром по общепринятой методике) возросла в среднем на 6,8 кг. К концу лечения неврологических нарушений не определялось ни у одного больного, при электромиографическом исследовании в динамике отмечена тенденция к нормализации скорости проведения возбуждения по соответствующим нервам.

У 4 (22,2%) больных пенсионного возраста достигнуто восстановление функции конечности, они полностью выполняют домашнюю работу (через 5,5 мес после получения травмы). Больные трудоспособного возраста выписаны на работу в среднем через 134 дня после травмы. По данным некоторых авторов, при оперативном лечении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением отломков сроки нетрудоспособности составили от 70 до 120 дней. Мы связываем большую продолжительность периода нетрудоспособности у наших больных с тем, что посттравматический нейродистрофический синдром развился у них на фоне неустраненного смещения костных отломков.

Результаты лечения оценивались по 4-балльной

системе. Отличный результат (отсутствие болей, движения в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах в полном объеме, восстановление трофики и устранение неврологических нарушений) получен у 4 (22,2%) больных. Хороший результат (купирование болей, нормализация трофики, устранение неврологических нарушений, восстановление движений в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах на 75%) констатирован у 13 (72,2%) пациентов. Удовлетворительный результат отмечен у 1 больной, у которой периодически возникали боли, но интенсивность их значительно уменьшилась, трофические и неврологические нарушения были устранены, движения в лучезапястном, межфаланговых и пястно-фаланговых суставах восстановились на 60%. Неудовлетворительных результатов не было.

Анализ наших наблюдений позволяет сделать следующие выводы:

1) для реабилитации больных с неправильно сросшимися переломами дистального метаэпифиза лучевой кости, осложненными посттравматическим нейродистрофическим синдромом, эффективна методика комплексного восстановительного лечения, включающая медикаментозную терапию, физиотерапию, лечебную гимнастику, ортопедические укладки, трудотерапию;

2) разработанная методика позволяет получить вполне удовлетворительные функциональные результаты, несмотря на неполное устранение смещения фрагментов лучевой кости;

3) достижение положительного эффекта при консервативном лечении рассматриваемой патологии возможно за счет выявления компенсаторных возможностей больного, но ни в коем случае не предполагает отказа от проведения репозиции по получении травмы.

© Коллектив авторов, 1994

*А.Ю. Семенов, Л.С. Рабинович,
А.Д. Калашиник, Л.А. Якимов*

ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Московская городская клиническая больница № 67

На кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и ее клинической базе — больнице № 67 разработан и внедрен в практику метод внеочаговой фиксации отломков при закрытых диафизарных переломах костей голени у лиц пожилого и старческого возрастов, использование которого в сочетании с приемами функционального

лечения в период заживления переломов дает возможность свести к минимуму послеоперационные осложнения и значительно сократить сроки реабилитации больных.

Суть метода заключается в следующем. Под внутривенной или проводниковой анестезией с помощью специально разработанного репозиционно-фиксационного аппарата, состоящего из двух модулей, которые позволяют устранять все виды смещения отломков большеберцовой кости, производится закрытая репозиция смещенных фрагментов. Для фиксации отломков в аппарате использованы тонкие заостренные металлические иглы, вводимые через мягкие ткани до упора в кортикальный слой. В каждый костный отломок вводится по 3 иглы, равномерно распределенных в пространстве. Диаметр цилиндрического участка иглы, проводимого через мягкие ткани, составляет 2 мм. Иглы расположены в двух плоскостях под углом 120° друг к другу в каждой плоскости. С задней стороны голени иглы вводят в промежуток между нервно-сосудистыми пучками, с передней стороны глубина мягких тканей не превышает 5–15 мм и повреждение их минимально. Контроль репозиции осуществляется с помощью электронно-оптического преобразователя.

Для остеосинтеза применяются специальные шпильки из стали IX18N10T диаметром 3 мм, длиной 5–6,5 см, на которые нанесена резьба М3. Один конец шпильки заточен на конус, на другом ее конце имеется четырехгранная головка длиной 4 мм под торцовый ключ (а.с. № 4045100 с приоритетом от 6.01.87). Фиксаторы вводят из двух разрезов длиной до 1 см по наружной поверхности голени через обе кости голени, один — выше и один — ниже места перелома большеберцовой кости, под углом 60° к оси голени и друг к другу. По окончании операции накладывается гипсовая повязка до колена со специальным шарнирным устройством в области голеностопного сустава.

В послеоперационном периоде назначается курс физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики. На 2–3-и сутки больным разрешают ходить, дозированно нагружая ногу, на 7–10-е сутки их выписывают домой. Наличие специального шарнирного устройства позволяет пострадавшим самостоятельно заниматься разработкой движений в голеностопном суставе, что предотвращает развитие грубых контрактур.

С 1986 г. по данной методике оперировано 36 больных в возрасте от 60 до 83 лет с косыми и винтообразными переломами большеберцовой кости в средней или на границе средней и нижней трети и переломами малоберцовой кости в верхней или нижней трети. У 2 больных были оскольчатые переломы большеберцовой кости в средней трети со смещением отломков. Все больные страдали сопутствующими заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, сахарный диабет, полиартрит, тромбоз и др., что являлось противопоказанием к применению из-

вестных методов лечения переломов. Из осложненных отмечены нагноение в области введения фиксатора у 1 больного и перелом одного из фиксаторов у 2 пациентов. Во всех случаях наступила консолидация отломков.

Оптимальными сроками для проведения оперативного вмешательства — при соответствующих условиях — являются первые часы или сутки с момента травмы, когда резервные силы организма еще не полностью израсходованы на борьбу с травматической болезнью. Мы не стремились к полному анатомическому восстановлению костей. Фиксаторы удаляли в основном в амбулаторных условиях, под местной анестезией.

Таким образом, малая травматичность, хорошая переносимость и безопасность предложенного метода делают его эффективным при лечении закрытых переломов костей голени у лиц пожилого и старческого возрастов. Простота и доступность метода позволяют использовать его в широкой клинической практике.

© Г.Х. Отт, Л. Ланге, 1994

Г.Х. Отт, Л. Ланге

ШИНА-САПОЖОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Евангелическая больница, Бонн—Бад Годесберг (Германия)

Множество разнообразных рекомендаций, направленных на устранение одной и той же патологии, в большинстве случаев свидетельствует о том, что ни одна из них не обеспечивает полностью достижения ожидаемых результатов. Почти все выпускаемые серийно фиксаторы голеностопного сустава имеют два существенных недостатка: им не хватает индивидуального соответствия форме стопы, сустава и нижней части голени конкретного пациента и они не обеспечивают достаточно надежного блокирования движений стопы при супинации. Иными словами, не создаются условия, необходимые для заживления при повреждении наружных связок голеностопного сустава.

В Евангелической больнице Бонн—Бад Годесберга для решения этой задачи была разработана шина-сапожок (Бадгодесбергская шина-сапожок), которая отлично зарекомендовала себя при лечении повреждений связочного аппарата голеностопного сустава. Несмотря на необходимость индивидуального изготовления этой шины, ее применение дает значительный экономический эффект за счет существенного сокращения времени пребывания пациента в стационаре.

Мы располагаем наблюдениями более чем за 2000