

ко, наличие изменений в опорно-двигательной системе со стороны мягких и костной тканей и кровоснабжения, нарушений обменных процессов и иммунитета, их тяжесть определяют особенности проведения спиц, монтажа аппарата, репозиции костных отломков, послеоперационного ведения пациентов, воспитания регенерата, сроков сращения переломов.

Использованные методики лечения позволили у 42 больных одновременно достичь точного сопоставления костных отломков при 44 переломах, у 10 пациентов - в ближайшие дни послеоперационного периода и у 5, с неправильно срастающимися переломами, репозиция осуществлялась в течение 7 - 10 суток.

При легком диабете показатели сахара крови практически не изменялись, при среднетяжелом - увеличение глюкозы было на 5-10%. Декомпенсации сахарного диабета в ответ на оперативное вмешательство не наблюдалось. Компенсация диабета достигалась диетой и дробным введением простого инсулина. По показаниям применяли инфузионную терапию, ангиопротекторы, дезагреганты, витамины, антибиотики. Кроме этого, проводились мероприятия, направленные на предупреждение осложнений со стороны жизненно важных органов, воспаления мягких тканей вокруг спиц, вторичных смещений костных отломков, контрактур смежных суставов.

Несмотря на проводимое лечение воспаление мягких тканей вокруг спиц возникло у 11 больных, остеомиелит - у 2, вторичное смещение костных отломков - у 4. Сроки фиксации костных отломков зависели от возраста и общего состояния больного, характера перелома, тяжести травмы и колебались от 30 до 123 суток.

Отдаленные результаты лечения оценены в сроки от 1 года до 9 лет у 46 пациентов. Хороший исход получен у 40, удовлетворительный - у 4, неудовлетворительный - у 2. Ухудшения течения сахарного диабета не выявлено. Дозы противодиабетических препаратов оставались теми же, что и до травмы.

Анализ собственного клинического материала показал, что основной контингент наблюдаемых больных составили лица старше 45 лет, представляющие наиболее сложный контингент травматологических больных. Малая травматичность метода Илизарова позволяет уже в первые сутки произвести чрескостный остеосинтез под проводниковым обезболиванием. Чрескостный остеосинтез предотвращает тяжелые осложнения, связанные с гипокинезией, а соответствующая терапия сопутствующих заболеваний, в том числе и сахарного диабета, способствует предотвращению осложнений со стороны жизненно важных органов и систем. Это позволяет получить у подавляющего числа пострадавших хороший анатомо-функциональный результат в сроки, не отличающиеся от контрольной группы больных.

**С. И. Швед, Ю. М. Сысенко (Курган)**

**К вопросу о трансартикулярной фиксации спицами Киршнера переломов костей кисти**

**Considerations on the problem of transarticular fixation of fractures of hand bones with kirschner wires**

Лечение переломов костей кисти, частота которых составляет 25-55,7% от общего числа травм опорно-двигательного аппарата [Усольцева Е.В., 1961; Гершкевич С.М., 1979; Владимирцев О.В. с соавт., 1984 и др.], продолжает оставаться важной в научном и практическом отношении проблемой. До недавнего времени основным методом лечения переломов костей кисти являлся консервативный. Однако большое количество осложнений и плохих исходов ограничивают применение этого метода при лечении переломов данной локализации.

Оперативный метод лечения переломов костей кисти, по сравнению с консервативным, имеет ряд преимуществ как в плане качества репозиции, так и жесткости фиксации кост-

ных отломков, и поэтому сторонников данного метода довольно много. Суть данного метода заключается в следующем: после открытой репозиции отломков сломанной кости их удерживают различными фиксаторами. Чаще всего для этой цели используют спицы Киршнера, которые вводят в кость по разным методикам: внутрикостно (трансартикулярно) или чрескостно (перекрестно или параллельно) [Зурмаев И.А., 1975; Копысова В.А. с соавт., 1985; Barton N., 1989 и др.].

Способ остеосинтеза спицами Киршнера подкупает своей доступностью, относительной простотой и малой травматичностью.

Однако внутрикостный (трансартикулярный) остеосинтез спицами Киршнера, который чаще всего и применяют травматологи, не создает достаточной жесткости фиксации костных отломков. Причина этого заключается в несоответствии диаметров костно-мозгового канала сломанной кости и спицы [Малкис А.И., 1975]. Как показали исследования В.Е.Денисенко (1964), диаметр костно-мозгового канала пястных костей варьирует до 3,7 до 5,5 мм, а поперечное же сечение стандартной спицы, обычно используемой для остеосинтеза, равняется 1,5 мм. Поэтому спица, введенная в костно-мозговой канал, не выполняет его просвет, вследствие чего возможны подвижность костных отломков и даже их вторичное смещение. Проведение спиц Киршнера через один или два сустава отрицательно сказывается на их функции, в результате чего в дальнейшем много времени приходится затрачивать на реабилитационные мероприятия.

Этот способ, как правило, требует применения дополнительной внешней иммобилизации, недостатки которой почти полностью ликвидируют преимущества оперативного метода.

Кроме того, при открытой репозиции костных отломков часто - от 15 до 18,3% - возможны осложнения воспалительного характера [Колонтай Ю.Ю. с соавт., 1987].

Таким образом, учитывая все вышеизложенное, считаем, что способ трансартикулярной фиксации спицами Киршнера не должен широко использоваться в практическом здравоохранении для лечения больных с переломами костей кисти.

**С. И. Швед, Ю. М. Сысенко, С. И. Новичков (Курган)**

**Применение минификсатора Илизарова при лечении больных с повреждениями кисти**

**Use of the Ilizarov mini-fixator for treatment of patients with hand injuries**

Переломы костей кисти являются одним из наиболее частых видов повреждений опорно-двигательного аппарата и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют от 23 до 40% всех травм. Некоторые авторы указывают на ещё более высокие цифры - до 70%. А если при этом учесть, что при лечении переломов указанной локализации неудовлетворительные результаты составляют от 11 до 28,9%, а инвалидность достигает 13-32,3%, то становятся понятными медико-социальная значимость данной проблемы и, естественно, причины поиска новых и более эффективных способов лечения переломов костей кисти.

В последнее время при лечении травматологических больных широкое распространение получил метод чрескостного остеосинтеза с применением аппаратов внешней фиксации. Однако у пострадавших с переломами костей кисти он используется сравнительно редко - главным образом при внутрисуставных переломах основания I пястной кости.

С целью восполнения имеющегося пробела нами было предпринято исследование по обоснованию применения метода чрескостного остеосинтеза при лечении больных с различными видами повреждений кисти.

С 1991 года для лечения пострадавших с различными по-