

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСРОСШИМИСЯ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ БЛОКИРУЕМЫХ СТЕРЖНЕЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО НАКОСТНОГО МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА

За период 2007-2010 гг. у 23 больных был выполнен реостеосинтез переломов диафизов длинных костей после накостного металлостеосинтеза с использованием стержней с блокированием фирм MedGal, ChM, Stryker. У 8 пациентов имел место перелом диафиза бедра, у 10 пациентов – перелом диафиза большеберцовой кости, у 5 пациентов – перелом диафиза плечевой кости. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 11,3$ (от 23 до 65 лет), мужчин было 8, женщин – 15. Первичный перелом диафиза согласно классификации АО/ASIF типа А наблюдался в 12 случаях, типа В – в 5 случаях и тип С – в 6 случаях. У всех пациентов первичная травма была закрытой. Нестабильность металлоконструкции или ее перелом были выявлены клинически и рентгенологически через 8 недель у 12 пациентов, у 5 пациентов через 3 месяца, у 2 пациентов через 4 месяца и у 3-х пациентов – через 6 месяцев и более. У одной пациентки рефрактура бедра наступила в сроки через 2 месяца после удаления накостной пластины. У всех пациентов были использованы пластины типа DCP. В 18 случаях при анализе анамнеза и рентгенограмм установлены технические ошибки при применении пластины DCP, а именно – недостаточная толщина или длина пластины, проведение винтов через зону перелома, использование компрессирующей пластины в случае оскольчатого характера перелома, неправильная позиция пластины. В 3-х случаях имело место несоблюдение пациентом рекомендаций после проведения первичного остеосинтеза – ранняя

нагрузка на конечность. В 2-х случаях – повторная прямая травма. У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось с использованием интраоперационного флюорооскопа С-арки «Radius», Италия. Результаты лечения оценивались согласно системы оценки Маттиса.

Ранняя функциональная нагрузка у всех пациентов начиналась уже со 2-3-х суток после операции. У пациентов с реостеосинтезом переломов бедра и голени ходьба с тростью разрешалась в зависимости от клинико-рентгенологической картины в сроки от 4 до 6 недель. Имобилизация на клиновидной подушке у пациентов после реостеосинтеза плечевой кости сохранялась в сроки от 2 до 3 недель после чего пациенты активно использовали поврежденную верхнюю конечность при одевании одежды, уходе за телом и лицом. Средний срок сращения, подтвержденного рентгенологически, в случае реостеосинтеза перелома бедренной кости составил $14,8 \pm 2,2$ недель, реостеосинтеза переломов большеберцовой кости – $12,2 \pm 1,8$ недель, после реостеосинтеза переломов плечевой кости – $12,6 \pm 2,6$ недель. Из осложнений следует отметить миграцию блокируемых винтов и их деформацию у 3-х больных, локальное воспаление в местах введения блокируемых винтов у 4-х больных в нижней трети голени, что не повлияло на окончательный результат. Положительные результаты в сроки от 6 месяцев до 2-х лет согласно системе оценки Маттиса были достигнуты всех больных.