

## ПРИОРИТЕТЫ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

К.Г. Редько, Л.Н. Соломин

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, ректор – академик РАМН, д.м.н. профессор Н.А. Яицкий;  
 ГУ Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена МЗ и СР РФ, директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов  
 Санкт-Петербург

Не вызывает сомнений, что каждому виду разрушения кости должен соответствовать адекватный метод лечения. Однако в настоящее время нет единого мнения, какой именно метод лечения приоритетен в каждом конкретном случае. Преимущество той или иной лечебной тактики активно доказывают авторы, разработчики и специалисты, обученные ими. Подобное положение до недавнего времени вполне устраивало в России всех или почти всех. Переход к рыночной экономике изменил ситуацию. Страховые компании и пациенты стали обращаться за внешними консультациями, и различные трактовки, предложенные специалистами разных учреждений, явились основой для судебных разбирательств или, как минимум, вмешательства адвокатов. Таким образом, в России назрела необходимость определить приоритеты в выборе тактики лечения ортопедо-травматологических больных. Следующий шаг – создание стандартизированного протокола лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

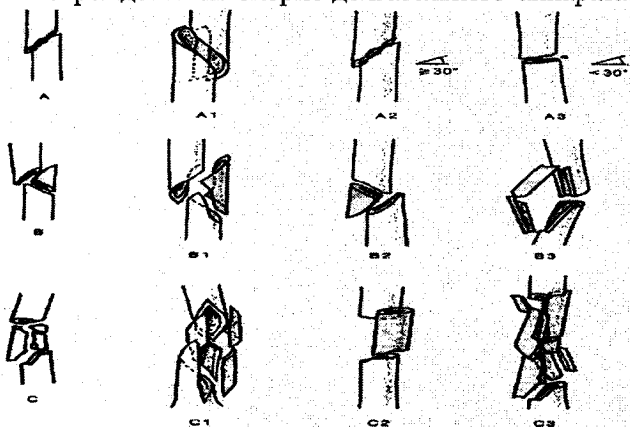


Рис. 1. Классификация переломов диафиза большеберцовой кости по АО/ASIF.

По классификации АО/ASIF, принятой не только ортопедами, но и страховыми компаниями многих стран, выделяют три типа переломов (А, В, С); три группы в каждом типе и три подгруппы в каждой группе. Для переломов типа А и В – это про-

ксимальный средний и дистальный отделы кости. Для С1 и С2 переломы подразделяются по количеству и форме фрагментов, а для С3 – по размерам раздробления (рис. 1).

По правилу квадратов перелом считается диафизарным, если он не распространяется на метафизарную поверхность, ограниченную квадратом, сторона которого равна диаметру наиболее широкой части эпифиза. По классификации МКБ-10 эти повреждения обозначаются как S82.2 и S82.7.

Диафизарные переломы костей голени составляют, по данным ряда авторов, 40% от переломов всех длинных трубчатых костей [2, 3, 6, 8]. Высокий процент инвалидизации и трудоспособный возраст большинства пострадавших требуют особого внимания при определении оптимального метода лечения [4, 9]. В последнее время все чаще прибегают к оперативному лечению, благодаря которому больной быстрее проходит социальную и трудовую реабилитацию и снижаются сроки пребывания в стационаре [12]. Консервативное лечение оправдано лишь в тех случаях, когда имеются противопоказания к выполнению остеосинтеза, отказ больного от операции или в тех редких случаях, когда оперативное лечение имеет сомнительные преимущества, например, при стабильных переломах без смещения.

К современным методам оперативного лечения условно можно отнести:

- интрамедуллярный остеосинтез с проксимальным и дистальным блокированием, с расщеплением и без; остеосинтез стержнями прямоугольного сечения по Ключевскому–Звереву;
- накостный остеосинтез пластинами с ограниченным контактом, угловой стабильностью, в том числе выполненный по минимально инвазивной методике;
- чрескостный остеосинтез: по Илизарову, стержневыми и комбинированными (гибридными, спице-стержневыми) устройствами.

Мы полагаем, что приоритеты в выборе метода фиксации диафизарных переломов костей голени в настоящее время должны быть обозначены следующим образом (табл.).