

Чрескостный остеосинтез в системе лечения ортопедических заболеваний и последствий травм

TRANSOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS IN THE SYSTEM OF TREATMENT OF ORTHOPAEDIC DISEASES AND TRAUMATIC CONSEQUENCES

Д. А. Алекберов (Азербайджан)

Устранение деформаций голени по Г. А. Илизарову
(опыт лечения)

Correction of leg deformities according to Ilizarov
(Experience of treatment)

Общепринятыми методами лечения деформаций голени являются различного типа корригирующие остеотомии с устранением искривления на операционном столе и фиксации конечности аппаратами внешней и внутренней фиксации, гипсовыми повязками [Д. Е. Рухма, 1964; Н. В. Кувина, 1975; П. Я. Фищенко, В. Г. Вердиев, 1985 и др.].

Остеотомии дополняются поворотом костного клина на 180°, надломом эпифиза, рассечением или резекцией малоберцовой кости, подсадкой трансплантата. Перечисленные вмешательства травматичны, оставляют обширные послеоперационные рубцы. Скелетирование кости при этих операциях нарушает кровоснабжение на уровне остеотомии, ухудшает условия регенерации. Все выше перечисленные факторы определяют большой процент (от 15 до 35%) осложнений и неудач.

Метод Г. А. Илизарова, отличаясь от традиционных методов лечения своей патогенетической направленностью, позволяет управлять фрагментами на протяжении всего периода лечения, одновременно устранять деформации и компенсировать укорочение в условиях полной нагрузки на конечность.

С 1992 по 1995 годы в г. Баку (Азербайджан) и в Егейском университете (Турция) мною было прооперировано 16 больных с различными видами деформаций костей голени с применением метода Г. А. Илизарова.

Возраст больных был от 2 до 48 лет. Этиологическими факторами возникновения деформаций были: врожденные деформации - у восьми больных, болезнь Эрлаха-Блаунта - у трех больных, с посттравматическими деформациями - четверо человек и с последствием полиомиелита - один больной. Наиболее часто встречались деформации с локализацией в проксимальной (восемь больных) и дистальной (шесть больных) частях голени, деформация в диафизарной области голени присутствовала только в двух случаях. У всех больных деформация сопровождалась укорочением сегмента от трех до шести сантиметров. Деформации у большинства больных носили поликомпонентный характер (деформации в сагиттальной и фронтальной плоскости сочетались с торсией), величина их колебалась от 10 до 45°.

Всем больным было проведено оперативное лечение с использованием остеосинтеза аппаратом Илизарова с шарнирными узлами на вершине деформации. Деформация и укорочение устранялись путем постепенной дистракции по ведущим стержням с индивидуально рассчитанным темпом. Дистракцию у детей начинали с пятого дня после операции, у взрослых - с седьмого дня. В зависимости от угла деформации и укорочения срок дистракции составил от 20 до 60 суток. Срок фиксации - от 90 до 150 дней. Рентгенологический контроль производился во время дистракции 1 раз в две недели, во время фиксации - 1 раз в месяц. Всем больным одновременно с устранением деформации было полно-

стью компенсировано имеющееся укорочение. Хорошие результаты были достигнуты у всех больных. Отдаленные результаты от года до трех лет прослежены у 11 больных.

Полученные нами результаты доказывают высокую эффективность применения метода Илизарова при лечении больных со сложной ортопедической патологией.

**А. А. Афаунов, А. И. Афаунов, А. Н. Блаженко,
А. Б. Богданов (Краснодар)**

Внеочаговый остеосинтез монологатеральным анкерно-спицевым аппаратом при лечении ложных суставов плечевой кости

Extrafocal osteosynthesis with a monolateral anchor-wire device for treatment of humeral pseudoarthroses

При применении внеочагового остеосинтеза для лечения ложных суставов плечевой кости, на наш взгляд, целесообразны аппараты с односторонним расположением внешней конструкции и несквозным внедрением погружных чрескостных элементов.

Нами предложен и успешно применяется анкерно-спицевой аппарат для остеосинтеза (а.с. № 1526671), обеспечивающий захват и репозицию костных фрагментов пучками спиц с внутрикостным анкерным разведением введенных концов. При этом, заостренные концы спиц перфорируют мягкие ткани и кортикальный слой плечевой кости лишь с одной стороны, внедряясь в противоположную кортикальную стенку.

Внешняя конструкция аппарата представлена комплектом спицедержателей трех моделей, снабженных стопорными и репозирующими болтами различного целевого назначения, а также набором резьбовых штанг различной длины, соединяющих спицедержатели в единую конструкцию. Компонировка аппарата подбирается индивидуально для каждого больного с учетом локализации повреждения плечевой кости и характера имеющейся деформации.

При локализации ложного сустава плеча в пределах диафиза базовая фиксация, как правило, осуществляется двумя анкерными пучками из 2-х толстых спиц каждый, внедряемыми в метаэпифизарные отделы плечевой кости с наружной, передне-наружной или задне-наружной поверхности. Репозиция производится траекционными пучками или упорными спицами, проводимыми выше и ниже зоны псевдоартроза.

При локализации псевдоартроза в пределах хирургической шейки стабильный остеосинтез короткого и структурно ослабленного метаэпифизарного фрагмента достигается дополнительным проведением через головку плеча в сагиттальной плоскости двух параллельных спиц, закрепляемых в одной дуговой опоре.

При надмышелковых псевдоартрозах для стабилизации остеосинтеза проводилась фиксация плече-локтевого сустава под углом 90° путем внедрения двух пучков спиц в локтевую кость на уровне верхней и средней трети с последующим жестким соединением подсистемы на предплечье и аппарата на плече. Ротация предплечья при этом не блокировалась. Фиксация локтевого сустава в большинстве слу-