

чаев прекращалась через 7-12 недель, до завершения консолидации.

Для репозиции сложных многоплоскостных смещений применялся выносной репонирующий узел, закрепляемый на съемной дугообразной планке в любом необходимом месте. В ряде случаев в качестве репонирующих или фиксирующих чрескостных элементов использовались винтосущие 5-ти или 6-ти мм стержни, что в определенной мере увеличивало развиваемые аппаратом репозиционные усилия.

Анкерно-спицевой аппарат применялся нами для лечения 28 больных с ложными суставами плечевой кости с давностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет. У 15 больных ложные суставы локализовались в диафизарной части плеча, у 5 - в области хирургической шейки. 8 больных имели псевдоартрозы дистального метаэпифиза. У 10 пациентов псевдоартрозы плеча сформировались после открытых, а у 3 - после огнестрельных переломов. У 7 больных был посттравматический остеомиелит. 25 больных были оперированы до поступления в клинику от 1-го до 4-х раз. Гипопластические ложные суставы плечевой кости с выраженной патологической подвижностью имели место у 6 пациентов. Тугие псевдоартрозы с фиксированной угловой деформацией плеча были у 4 больных. Все пациенты с псевдоартрозами плеча имели контрактуры плечевого и локтевого суставов различной степени тяжести.

21 пациенту был выполнен закрытый внеочаговый чрескостный остеосинтез плечевой кости анкерно-спицевым аппаратом с одномоментным или постепенным устранением имеющихся смещений и восстановлением анатомической оси сегмента. У 4 больных с гипопластическими псевдоартрозами при наличии значительных кортикальных дефектов внеочаговый остеосинтез был дополнен остеопериостальной декортикацией и костной пластикой. У 2 больных с посттравматическим остеомиелитом плеча хирургическая санация зоны нагноения включала в себя секвестрнекрэктомию и открытую адаптацию концов фрагментов плечевой кости.

У всех пациентов восстановлена анатомическая ось плечевой кости и достигнута консолидация псевдоартроза в сроки 16-24 недели. Раннее функциональное лечение, начинаемое с первых дней фиксации в аппарате, позволило значительно увеличить, а у 12 больных - полностью восстановить объем движений в смежных суставах. Имевшие место осложнения были связаны с воспалением мягких тканей вокруг спиц и не повлияли на окончательный результат лечения. Малые габариты аппарата позволяли пациентам беспрепятственно пользоваться обычной одеждой, что способствовало положительному психоэмоциональному фону в процессе лечения.

**О. В. Бейдик, Н. В. Островский, Г. С. Якунин
(Саратов)**

**Применение стержневых фиксаторов в аппарате
Г.А.Илизарова при лечении некоторых деформаций
конечностей**

**Use of rod fixators in the Ilizarov apparatus for treatment of
some limb deformities**

При лечении различных деформаций конечностей мы используем введение в кость стержневых фиксирующих элементов в комбинации со спицевыми фиксаторами в аппарате Г. А. Илизарова. Мы применяем стержни с большим шагом и высотой резьбы и устанавливаем их в различных отделах кости. Для крепления на внешних опорах стержни имеют метрическую резьбу. Винт-стержни самонарезыванием вводим в метафизарные отделы кости. В диафизарных отделах установка винт-стержня предусматривает формирование каналов в кости перьевым сверлом. Винт - стержни с помощью планок с торцевым резьбовым креплением крепятся на внешних опорах аппарата Г. А. Илизарова.

Стержневые фиксирующие элементы мы используем на всех сегментах конечностей, стараемся устанавливать на каждой опоре помимо стержня и спицу для повышения стабильности фиксации. С применением данной методики нами пролечено 78 больных с различными деформациями конечностей. Среди них:

- 20 больных с деформациями бедра, в т.ч. в возрасте от 3 до 5 лет - 3,
- 25 пациентов с деформациями голени,
- 21 пациент с деформациями верхних конечностей.

Деформации носили различный характер: врожденные и приобретенные укорочения, варусные и вальгусные деформации, врожденные вывихи бедер, дефекты трубчатых костей.

Методика включала различные варианты остеотомий, производимых долотом из разреза 1,5-2 см с одномоментным или дозированным устранением деформации и получением ожидаемого анатомического результата. В качестве аппарата внешней фиксации использовали стандартный комплект аппарата Г. А. Илизарова. В качестве фиксирующих элементов - спицы и винт-стержни.

Для облегчения монтажа и создания оптимальных способов фиксации полукольца и дуги стандартного аппарата Г. А. Илизарова разрезали для создания 1/4 дуги окружности внешней опоры.

Результаты применения комбинированного спице-стержневого типа фиксации позволили сделать следующие выводы:

- Трудоемкость и травматичность остеосинтеза удалось снизить в среднем в 2-3 раза уменьшением количества фиксирующих элементов числа и площади раневых каналов;
- Частота воспалительных осложнений снижена до 6% за счет повышения жесткости и стабильности остеосинтеза, при отсутствии фиксирующих элементов в функционально активных зонах и больших массивах мягких тканей;
- Использование аппаратов внешней фиксации на бедре, особенно в проксимальных его отделах, значительно упростилось, стало менее опасным;

Открыты пути к амбулаторному лечению больных с реконструктивными операциями на проксимальном отделе бедра. Стало возможным применение наружной чрескостной фиксации у детей раннего возраста с врожденным вывихом бедра.

**В. В. Бодулин, А. К. Хералов,
А.А.Воротников, С.А.Малахов, А. Н. Матвеев
(Ставрополь)**

**Варианты лечебной тактики замещения дефектов кости
различного генеза по Г. А. Илизарову**

**Variants of treatment tactics for substitution of bone defects
of different genesis according to Ilizarov**

Замещение дефектов кости остается важнейшей проблемой современной ортопедии. Хирургические методики, предполагающие использование инертных материалов, ауто- и аллотрансплантатов, а также восстановление длины кости путем уменьшения ее объема (различные удлиняющие остеотомии), в настоящее время в нашей стране используются редко. Причина - очень высокий процент неудовлетворительных исходов лечения.

Сейчас уже ни у кого не вызывает сомнения пионерская роль работ академика Г. А. Илизарова и его ортопедической школы в решении этого вопроса. Мировая практика не знала хирургических методик, позволяющих восстановить значительные дефекты кости, используя собственные ресурсы организма человека.

Авторы этого сообщения, сотрудники клиники травматологии, ортопедии и ВПХ Ставропольской медицинской акаде-