

больных с несросшимися переломами, ложными суставами, дефектами длинных трубчатых костей методом управляемого чрескостного остеосинтеза по Г. А. Илизарову в ортопедо-травматологическом отделении Вологодской областной больницы № 1 с 1985 по 1996 год. Средний возраст больных - 33 года (от 16 до 64 лет), мужчин было 96, женщин - 8. Распределение больных по виду патологии: несросшиеся переломы - 46, псевдоартрозы - 21, дефект-псевдоартроз - 14, дефект-диафиз с анатомическим укорочением - 13, дефект-диафиз без анатомического укорочения - 10 (по классификации РНЦ "ВТО" им. Г. А. Илизарова). Размеры костных дефектов - от 2 см до 10 см.

Локализация повреждений: плечевая кость - 5, кости предплечья - 6, бедренная кость - 19, кости голени - 74. Причины патологии: нестабильный остеосинтез стандартными металлическими фиксаторами (стержни, пластины, винты), неадекватное лечение методом скелетного вытяжения, поллитравмы, дефекты костей после сегментарных некрэктомий по поводу посттравматического остеомиелита, первичные костные дефекты после тяжелых открытых повреждений сегментов конечностей, в том числе - огнестрельных. Для лечения применялись различные методики монолокального, биллокального чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза. В ряде случаев замещение дефектов костей производилось в несколько этапов. Во всех случаях было достигнуто восстановление анатомической целостности поврежденной кости. Восстановление функции сегмента конечности находилось в прямой зависимости от характера, локализации, тяжести повреждения костей, мышц, сосудисто-нервных образований, а также степени активности и распространенности остеомиелитического процесса. Получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения. Метод Г. А. Илизарова по своему техническому исполнению и биологической сущности является наиболее оптимальным и перспективным способом лечения данной патологии опорно-двигательного аппарата.

**И. И. Коцкович, И. М. Коцкович, В. П. Фирман,
Е. И. Федоркевич, В. Ф. Выборный, Н. В.
Романчук, И. В. Шибель (Украина)**

**Чрескостный остеосинтез по Илизарову в системе
лечения ложных суставов длинных трубчатых костей**

**Transosseous osteosynthesis according to Ilizarov for
treatment of pseudoarthroses of long tubular bones**

За последние десятилетия ортопедия и травматология обогатилась новыми реконструктивно-восстановительными операциями при лечении последствий переломов длинных трубчатых костей. Это стало возможным благодаря теоретическим и практическим разработкам Г. А. Илизарова. Разработанный Г. А. Илизаровым метод позволил индивидуализировать лечебный процесс, исключить необходимость предварительной кожной пластики при обширных кожных рубцах и в один этап решать сложные задачи медицинской и социально-трудовой реабилитации. Малотравматичные и бескровные методики избавили больных от длительного многоэтапного лечения, позволили вылечить многих больных, считавшихся безнадежно неизлечимыми, сократить сроки консолидации, улучшить исходы лечения. Нами проанализированы истории болезни 101 больного в возрасте 15-70 лет с ложными суставами длинных трубчатых костей, леченных в клинике чрескостным остеосинтезом по методике Илизарова. Псевдоартрозы локализовались: голень - 50, бедро - 20, плечо - 19, предплечье - 12.

Чрескостный остеосинтез производили аппаратами Илизарова, Гудушаури, Волкова, Оганесяна, Калиберза. В целях создания встречно-боковой компрессии применяли спицы с опорными площадками. Наряду со спицевыми аппаратами применяли аппараты на основе стержней

Причинами несращения переломов были неправильная и недостаточная иммобилизация, преждевременная нагрузка, перерастяжение отломков, недостаточная репозиция, интерпозиция мягких тканей, инфекция, технические погрешности выполнения остеосинтеза, переломы фиксатора.

Клиническими проявлениями местного патологического процесса являлись деформации и укорочения поврежденного сегмента, лимфостаз, контрактуры суставов, кожные рубцы, нейродистрофический синдром, расстройства регионарной гемодинамики.

Мы намечали индивидуальный план оперативного лечения больного. Стабилизация отломков произведена у 9 пострадавших, компрессионный остеосинтез - у 20, дистракционный - у 17, последовательный компрессионно-дистракционный - у 25, биллокальный компрессионно-дистракционный - у 11.

Биллокальный способ замещения дефекта путем перемещения остеотомированного отломка кости в дефект позволяет заместить его за счет проксимального или дистального отломка с последующим выравниванием длины сегмента при его укорочении.

У 8 больных после внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с боковой фиксацией отломков оставалось смещение их по ширине, а на месте ложного сустава имела место щель. Благодаря созданной стабильной фиксации, которая достигнута продольной и боковой компрессией, наступала полная консолидация области ложного сустава, хотя и в несколько удлиненные сроки.

Иммобилизация конечности в аппарате продолжалась до образования костной мозоли, которая заполняла щель между отломками. Применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову обеспечивался комплекс оптимальных факторов, необходимых для анатомо-функционального восстановления конечности: полная репозиция с восстановлением оси сегмента, достаточный по площади контакт костных отломков и прочая их фиксация, максимальное сохранение трофики тканей, ранняя дозированная нагрузка конечности, восстановление функции в суставах.

При изучении отдаленных результатов лечения только у 4 больных с атрофическими ложными суставами не достигнуто консолидации. Они повторно оперированы с применением костной пластики.

Полученные положительные анатомо-функциональные результаты реабилитации больных с ложными суставами длинных трубчатых костей свидетельствуют о высокой эффективности данных методик и дают возможность для широкого внедрения в практику.

**В. В. Кузьменко, А. В. Скороглядоев, В. С.
Гудков (Москва)**

**Компрессионно-дистракционный остеосинтез в лечении
дефектов костей и укорочений нижних конечностей**

**Compression-distraction osteosynthesis in treatment of bone
defects and shortenings of lower limbs**

Клиника травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РГМУ на протяжении 25 лет применения компрессионно-дистракционного остеосинтеза располагает опытом лечения 189 больных, у которых в основу восстановительного лечения положен разработанный Г. А. Илизаровым дистракционный метод с воссозданием костной ткани.

В составе больных в возрасте от 15 до 56 лет мужчин было 134, женщин - 43. По локализации патологический процесс на бедре был у 12, на голени - у 177 больных. Характер патологического процесса определял различные методы восстановления целостности кости.

При тугих ложных суставах голени с укорочением или угловой деформацией при отсутствии остеомиелита целостность кости восстанавливаем методом закрытого монолокального дистракционного остеосинтеза. По данному методу прове-