

отростка производилась необходимая дополнительная ее коррекция при погрешности при выполнении субхондральной остеотомии.

Данный способ лечения применен у 12 больных с посттравматическими сгибательными (3) и сгибательно-разгибательными (9) посттравматическими контрактурами локтевого сустава. Во всех случаях методами контрастной флюорографии и ультразвукового исследования (техническое решение заявлено с приоритетом от 11.08.95 г.) подтверждалось уменьшение глубины ямки локтевого отростка.

До лечения дефицит угла разгибания у одного больного составил 125°, у 11 пациентов - 50-75°. В результате применения данного способа лечения на 28±5 сутки после начала устранения контрактуры прирост амплитуды движений на разгибание составил 75-100° у 5 пациентов, 50-65° - у 4 больных, 40° - у 3 больных. Амплитуда движений увеличилась до 100% у 5 пациентов, до 80-90% - у 7 больных.

Проведенным многофакторным анализом анатомо-функциональных результатов лечения больных по индексной оценке признаков реабилитации доказано, что полной реабилитации можно добиться у большинства больных. У 4 больных отмечалось неполное разгибание в локтевом суставе (до 170-150°) и результат лечения оценен как удовлетворительный. У всех пациентов болевой синдром отсутствовал, нестабильности в суставе не отмечено.

Таким образом, нашими исследованиями отмечена высокая эффективность применения нового способа внесуставного устранения контрактур локтевого сустава и устройства, которые достойны более широкого использования в практическом здравоохранении.

Е. Ю. Масленников (Ростов-на-Дону)

Наш опыт применения метода Г. А. Илизарова в реконструктивно-восстановительной хирургии голеностопного сустава и стопы

Our experience of the Ilizarov method use in reconstructive-and-restorative surgery of the ankle and foot

Среди способов лечения заболеваний и повреждений голеностопного сустава и стопы чрескостный остеосинтез появился сравнительно недавно. Мы располагаем опытом лечения данным методом 62 больных, которые по характеру патологии распределились следующим образом:

- деформирующий артроз голеностопного сустава - 17 больных;
- гнойный артрит голеностопного сустава - 3;
- врожденное укорочение стопы - 1;
- переломы таранной кости - 6;
- переломы пяточной кости - 3;
- переломы голеностопного сустава - 14.

Проведены следующие оперативные вмешательства: - компрессионный артродез голеностопного сустава - 20 наблюдений (показания: 3-я стадия деформирующего артроза с выраженным болевым синдромом, остеомиелит дистального мета-эпифиза большеберцовой и таранной кости); - трехсуставной артродез стопы с коррекцией деформаций (показания: деформирующий артроз суставов предплюсны, паралитические и врожденные деформации стопы); - четырехсуставной (полный) артродез стопы - 5 (показания: оскольчатый перелом таранной кости); - астроголэктомия - 1 (показания: тотальный остеомиелит таранной кости); - косая остеотомия пяточной кости - 1 (показания: врожденное укорочение пяточной кости на 3 см); - остеосинтез перелома пяточной кости - 3 (показания: перелом бугра пяточной кости по типу "клюва утки"); - остеосинтез внутренней лодыжки и фиксация дистального межберцового синдесмоза с устранением наружного подвывиха стопы - 14 (показания: безуспешность закрытой одномоментной ручной репозиции перелома, невозможность произвести погружной остеосинтез из-за наличия инфицированной раневой поверхности).

Анализируя исходы компрессионных артродезов следует отметить бесспорные преимущества данного метода, который позволяет ограничиться проведением лишь внутрисуставного вмешательства (без дополнительной внесуставной костной пластики), компенсировать укорочение конечности путем применения методик "удлиняющего артродеза."

При переломе бугра пяточной кости по типу "клюва утки" во всех наблюдениях получены хорошие анатомические и функциональные результаты лечения. Существенные преимущества ЧКДО перед традиционными способами лечения данного вида повреждений очевидны, так как последние в одних случаях связаны с ахиллотомией, в других - требуют обнажения перелома, что увеличивает риск операционных осложнений.

Сравнительный анализ применения ЧКДО при лечении переломов голеностопного сустава показал, что при прочих равных условиях, существенных преимуществ перед погружным остеосинтезом данный метод не имеет. Абсолютным показанием к применению ЧКДО является, на наш взгляд, наличие инфицированной раневой поверхности, что не позволяет произвести в ранние сроки восстановительное вмешательство традиционными методами.

Е. Ю. Масленников (Ростов-на-Дону)

Некоторые клинические аспекты костеобразования при чрескостном остеосинтезе по Г. А. Илизарову

Some clinical aspects of osteogenesis in transosseous osteosynthesis according to Ilizarov

Анализу подвергнуты результаты лечения 41 больного с дефектами длинных трубчатых костей. Различали следующие виды дефектов: малые - 2-4 см (10 наблюдений); средние - 5-9 см (18); большие - 10-12 см (9); субтотальные - до 2/3 длины сегмента (2); краевые (1). По локализации дефекты распределились следующим образом: большеберцовая кость - 21 наблюдение; бедренная - 9; плечевая - 7; кости предплечья - 4.

При дефектах до 5 см осуществлялся монолокальный последовательный компрессионно-дистракционный остеосинтез. При дефектах более 4 см основным методом лечения являлся биллокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез. В 32 наблюдениях мы столкнулись с проблемой повышения механической прочности регенерата костной ткани как в зоне дистракционного остеогенеза, так и на стыке костных отломков. Решение этой проблемы требует воздействия на центральное и местное звено регуляции репаративного процесса. Воздействия на системном уровне имеют целью сокращение продолжительности катаболической и пролонгирование анаболической фазы общей реакции организма на травму. Учитывая, что анаболическая фаза поддерживается активностью кальцитонина и гормона роста больным парэнтерально вводили миакальцик, кальцитрин, анаболические стероиды, соматотропин человека. Положительный эффект отмечен при применении гипербарической оксигенации (ГБО). Сеанс ГБО включал 4 основных режима со следующей продолжительностью: режим продувки - 3-4 минуты; режим компрессии - 10-20 минут со скоростью 0,04 - 0,07 атм/мин; режим изопрессии - 30 минут; режим декомпрессии - 10-15 мин. со скоростью 0,04-0,07 атм/мин. Положительный эффект ГБО терапии можно считать результатом коррекции параметров регионарного кровотока и микроциркуляции, что подтверждается данными реовазографии, выявившими увеличение кровенаполнения травмированной конечности вследствие уменьшения исходно высокого сосудистого тонуса. Среди оперативных методик, разработанных в КНИИЭКОТ и направленных на повышение прочности сращения наибольшее применение нашла методика дозированного перемещения отщепов малоберцовой кости в зону стыка фрагментов большеберцовой кости (11), несколько реже использовались методики дуб-