

Чрескостный остеосинтез в травматологии

TRANOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS IN TRAUMATOLOGY

Н. И. Атясов, А. Е. Болванович, А. А. Беляков, И. С. Капитанский (Саранск)

Реабилитация больных с переломами костей конечностей и их последствиями

Rehabilitation of patients with fractures of limb bones and their consequences

Для реабилитации больных со свежими переломами и их последствиями нами разработана система, включающая компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову, использование физических факторов воздействия, лечебную гимнастику, трудотерапию, массаж, а на завершающем этапе - санаторно-курортное лечение. Особенностью системы является использование непрерывного комплексного восстановительного лечения на всех этапах до полного восстановления трудоспособности больных или развития компенсаторных механизмов.

Под нашим наблюдением находились 742 больных в возрасте от 18 до 68 лет со свежими переломами. Среди них 453 больных с закрытыми переломами и 289 - с открытыми. С последствиями переломов наблюдались 315 больных, среди которых отмечались: замедленная консолидация, несросшиеся переломы, ложные суставы. В основном, эти последствия встречались у больных с открытыми переломами.

При свежих переломах одномоментная репозиция отломков производилась при помощи спиц, укрепленных в кольцах аппарата. У большинства больных после создания тесного межфрагментарного контакта создавался режим стабилизации, у некоторых пострадавших с оскольчатыми переломами для полного восстановления анатомических соотношений требовалось 4-6 дней коррекции фрагментов.

При свежих переломах сроки фиксации в аппарате колебались от 2 до 4 месяцев, что зависело от характера, вида и давности перелома, плоскости излома.

А. И. Афаунов, А. А. Афаунов, А. Ф. Коржик, Э. З. Погосян, А. В. Атоянц (Краснодар)

Корректирующий анкерно-спицевой остеосинтез застарелых нерепонированных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости

Correcting anchor-wire osteosynthesis of advanced non-reduced fractures of radial distal metaphysis

Лечение застарелых нерепонированных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости относится к актуальным проблемам травматологии, так как количество больных с переломами этой локализации занимает ведущее место среди повреждений скелета. Специализированная помощь методом закрытой репозиции, иммобилизации гипсом с последующим амбулаторным наблюдением нередко оканчивается вторичным смещением фрагментов лучевой кости, неправильным замедленным сращением, ведущим к деформации и функциональной неполноценности лучезапястного сустава и кисти.

С 1989 года в клинике у 138 больных в возрасте от 14 до 79 лет, преимущественно женщин, успешно применялся анкерно-спицевой остеосинтез (патент № 1526671), основой

которого является монологическая фиксация пучками из трех спиц, концы которых в форме "трезубца" проходят через тылолучевую кортикальную стенку П пястной и диафиз лучевой кости до упора в ладонную стенку кости. Выстоящие снаружи над кожей концы спиц прочно удерживаются спицедержателями, разведение которых винтовыми стойками создает прочную фиксацию в режиме дозированной продольной дистракции. При этом метаэпифизарный фрагмент луча освобождается от продольной мышечной компрессии и увеличивается межсуставное пространство, что способствует угловой коррекции и поперечной репозиции в анатомически благоприятной и функционально перспективной позиции. Рентгенологически подтвержденное восстановление оптимальных соотношений фрагментов луча сохраняется в аппарате не менее 8 недель. В этот период улучшается бытовая трудоспособность в объеме гигиенического и хозяйственного самообслуживания.

Среди пролеченных больных у 6 (4,3%) были оскольчатые переломы лучевых костей обеих рук, у 42 (30,4%) одновременно были переломы плечевой - 23 (16,6%), локтевой - 14 (10,1%) и бедренной кости - у 5 (3,6%). Сращение метаэпифизарных переломов достигнуто у всех больных. Исследования в сроки от 6 месяцев до 3 лет после снятия аппарата показали отличные и хорошие результаты у 88% и удовлетворительные - у 12% человек. Осложнений, отрицательно повлиявших на положительный исход лечения не отмечено. Это позволило рекомендовать анкерно-спицевой остеосинтез для широкого внедрения в лечебную практику травматологической практики.

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

Коррекция деформаций бедра в условиях вялотекущей или латентной инфекции

Correction of femoral deformities in the conditions of sluggish and latent infection

Диафизарные переломы бедренной кости, лечение которых проводят методами погружного остеосинтеза, у 2-11% больных могут осложниться ранним или поздним нагноением, а с учетом открытых инфицированных переломов количество больных посттравматическим остеомиелитом бедра во всех возрастных группах достигает 8-12%. Как правило, выжидательная тактика, основанная на консервативном лечении в условиях нестабильной фиксации гипсом или скелетным вытяжением, приводит к формированию псевдоартрозов, осложненных свищевой формой остеомиелита, а после заживления гнойной раны в массивных параоссалных рубцах сохраняется латентная инфекция [Л. И. Шулюков, 1961]. Функциональная активизация таких больных приводит к варусному искривлению и смещению отломков бедра с его укорочением. Вероятность обострения гнойно-воспалительного процесса при попытках хирургической коррекции является основанием для признания внеочагового остеосинтеза методом выбора при лечении внеочагового инфицирования переломов бедренной кости.

В настоящее время общепризнано, что чрескостный остеосинтез аппаратами Илизарова с дополнительной фиксацией проксимального фрагмента бедра винтовыми стержнями создает необходимую жесткость в области перелома и способствует сращению, одновременно благоприятно влияя