

различные виды свободной и несвободной кожной, кожно-подкожно-фасциальной и других вариантов пластики в остром периоде травмы.

Таким образом, не останавливаясь на известных деталях методов, предложенных и разработанных Г. А. Илизаровым и его школой, следует подчеркнуть их принципиальные: высокую эффективность, малую травматичность, полифункциональный характер. Открытие Г. А. Илизарова, имеющее общеприкладные закономерности, еще далеко не исчерпано и перспективы использования метода в восстановительной травматологии и ортопедии просматриваются еще на долгий период.

С. Д. Дзахов, Х. С. Альджабор (Владикавказ)

Внеочаговый дистракционный остеосинтез сложных переломов Коллеса

Extrafocal distraction osteosynthesis of complex colles' fractures

Несмотря на то, что переломы дистального метаэпифиза лучевой кости являются наиболее частыми повреждениями, описаны давно /A.COLLES, 1814/ и им посвящено большое число публикаций, высокий процент неудовлетворительных результатов делает проблему их лечения актуальной и в настоящее время.

Особенно часты осложнения после оскольчатых, раздробленных и внутрисуставных переломов. Даже после удачной закрытой репозиции в гипсовой повязке нередко наступает вторичное смещение отломков. Основной причиной его является сминание губчатой ткани луча в области перелома. В этих случаях и повторная репозиция не приводит к успеху. Поэтому в последние годы стали предлагать такие способы лечения, которые обеспечивают удержание вправленных костных отломков до полного их сращения. Этим требованиям отвечают аппараты внешней фиксации.

Для внеочагового остеосинтеза сложных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости мы используем аппарат Илизарова. Наша методика вкратце сводится к следующему. Больной лежит на столе, его поврежденная рука отводится и укладывается на приставной столик. Операцию выполняли под местной инфильтрационной (49,1%), общей (33,3%) или проводниковой (16,4%) анестезией. Предплечью придают среднее между пронацией и супинацией положение. Электродрелью через диафизы II-V пястных костей в поперечном направлении Х-образно проводят две спицы Киршнера и фиксируют их в полукольце аппарата. Две другие спицы также Х-образно проводят через кости предплечья на 3-4 см выше линии перелома и фиксируют их к кольцу аппарата. Кольцо и полукольцо соединяют между собой тремя разводящими стержнями. После этого производят дистракцию до устранения деформации предплечья. Результат репозиции проверяют по контрольным рентгенограммам. Положение отломков считали правильным, если на передне-задней рентгенограмме радиолярный угол был равен 25°, головка локтевой кости располагалась в среднем на 2 мм выше суставной поверхности лучевой кости, а на боковом снимке наклон суставной площадки луча в ладонную сторону приближался к 10°. Средний срок фиксации предплечья в аппарате составил 28 дней. Затем аппарат снимали и приступали к восстановительному лечению.

По описанной методике мы провели лечение 178 сложных переломов Коллеса у 172 больных (114 женщин и 58 мужчин) в возрасте 16-85 лет. Внутрисуставные переломы составили 79,85%, оскольчатые - 62,4%, раздробленные - 28,1%, открытые - 13,5%. В 64,8% случаев перелом дистального метаэпифиза сочетался с переломом шиловидного отростка локтевой кости, а в 78,8% случаев - с вывихом или подвывихом головки этой кости. У шести больных (3,6%) зарегистрирован перелом головки или шейки локтевой кости.

В 46 случаях внеочаговый остеосинтез был произведен по

первичным показаниям в день получения травмы, в 119 - через 2-8 дней после одно- или двукратной неудачной попытки закрытой ручной репозиции, у 13-ти - после корригирующей остеотомии по поводу неправильного сращения костных отломков. Осложнения наблюдались у 7 больных: нагноение подкожной клетчатки (5) и спицевой остеомиелит (2). После антибиотикотерапии у всех больных инфекция была ликвидирована.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 12 лет после травмы были изучены у 86 больных (60 женщин и 26 мужчин). При оценке исходов лечения мы учитывали жалобы больного, полноту анатомического восстановления поврежденных костей, функцию лучезапястного сустава и кисти.

Из 86 обследованных анатомические и функциональные результаты оказались отличными у 68, хорошими - у 15 и удовлетворительными - у 3 больных. Полученные положительные результаты показали, что внеочаговый дистракционный остеосинтез является эффективным методом и может быть рекомендован для широкого применения при лечении сложных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости.

Д. В. Дордуля, В. Г. Дрягин, А. А. Леготин, А. Б. Балахнин (Челябинск)

Комбинированный метод лечения оскольчатых переломов костей голени

Combined method of treatment of comminuted fractures of leg bones

В последние годы, с ростом травматизма, увеличилось число тяжелых многооскольчатых переломов костей голени. В подавляющем большинстве случаев при этом используется чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову.

Однако, применяя "классический" метод Илизарова, преимущества которого, в частности, при переломах костей голени, хорошо известны, не всегда удается эффективно решать все проблемы, которые возникают при тяжелой травме этого сегмента.

Исходя из особенностей внеочагового остеосинтеза, надо признать, что закрытым путем достигнуть анатомически полного сопоставления костных отломков не всегда удается. Оставленное небольшое смещение при простых переломах с большой плоскостью излома не препятствует сращению, тогда как при оскольчатых может привести к замедленной консолидации, особенно в диафизарной части.

Окончательная репозиция "на столе" закрытым путем чаще всего невозможна. Требуется дополнительная коррекция положения отломков и монтаж шарнирных устройств. Кроме того, часто возникает необходимость в проведении дополнительных спиц с упорными площадками через отломки и осколки. Все это требует много времени, многократного рентгенологического контроля и больших затрат врачебного труда.

Особые трудности возникают при репозиции оскольчатых переломов большеберцовой кости, когда плоскость излома проходит фронтально. В этом случае, учитывая топографию сосудисто-нервных образований, сложно провести спицу с упорной площадкой для фиксации крупного осколка. Достаточно часто встречаются переломы изначально нерепонируемые закрытым путем: с интерпозицией свободно лежащих костных отломков мягкими тканями.

Учитывая вышеперечисленные трудности, в нашем отделении в течение двух последних лет мы отказались от применения "классического" метода ЧКДО по Илизарову у больных с оскольчатыми переломами костей голени и используем вариант его. После обычной предоперационной подготовки и фиксации конечности в репозиционной шине производится разрез мягких тканей в области перелома. Тупым и острым путем выделяют костные отломки. Причем