

можной комфортностью для больного. Это позволяет исключить использование различных систем стержневых аппаратов.

Формирование спицестержневых систем на подвздошных костях, соединенных между собой, производится в различных модификациях и позволяет репозировать и фиксировать вертикальные переломы костей таза, разрывы сочленений.

В случаях чрезвертлужных переломов и переломовывихов области тазобедренного сустава проксимальная опора спицестержневого аппарата на тазовой кости соединяется с промежуточной в подвертельной области и кольцевой с перекрещивающимися спицами - в дистальном отделе бедра. В зависимости от характера повреждения в промежуточной опоре устанавливаются различные функциональные узлы, позволяющие закрыть смещения головки бедренной кости, репозировать фрагменты костей, образующих вертлужную впадину и стабилизировать их на весь период сращения в условиях разгрузки тазобедренного сустава. В случаях застарелых неправильно сросшихся переломов производится остеотомия из минимальных доступов с последующей репозицией и фиксацией по приведенной методике.

Таким образом, исходы лечения смещенных переломов костей таза погружными фиксаторами и внешними спицестержневыми системами в сравнительном аспекте показали, что последние позволили значительно снизить количество послеоперационных осложнений на ранних и отдаленных сроках.

О. М. Николишин (Украина)

Особенности применения аппарата Илизарова с открытой репозицией переломов дистального конца плечевой кости у детей

Peculiarities of the Ilizarov apparatus use with open reposition of fractures of humeral distal end in children

Малые размеры костных фрагментов, их около- или внутрисуставная локализация со значительной степенью смещения, выраженный отек поврежденного сегмента с нередко сопутствующими сосудисто-нервными нарушениями предопределяют неэффективность консервативного лечения детей со сложными, нестабильными чрез- и надмышелковыми переломами плечевой кости, расширяя показания к применению скелетного вытяжения и оперативных вмешательств. Сдержанное отношение к применению традиционных способов оперативного лечения объясняется их травматичностью и отсутствием надежных способов фиксации костных отломков. При использовании метода Илизарова для лечения детей с переломами дистального отдела плечевой кости основная проблема заключается в практической сложности одномоментной закрытой точной репозиции перелома на операционном столе, сопоставимой с открытой репозицией, что требует повторных перемонтажей аппарата, перемещения репозирующих спиц для коррекции небольших смещений отломков в трех плоскостях с проведением серии повторных рентгенологических исследований поврежденного сегмента.

Учитывая это, нами при лечении детей со сложными чрез- и надмышелковыми переломами плеча применяется методика открытого остеосинтеза переломов с фиксацией отломков в аппарате Илизарова, которая имеет ряд особенностей.

Через проксимальный отдел плечевой кости, на границе верхней и средней трети в косо-сагиттальной плоскости, проводим спицу с упорной площадкой сзади при разгибательных, или спереди - при сгибательных переломах. На 2-3 см выше линии излома во фронтальной плоскости проводим спицу с упором снутри - при смещении дистального фрагмента в радиальную сторону, или снаружи - при смещении его в ульнарную сторону. Таким образом, на протяжении сегмента спицы образуют перекрест, близкий к 90°.

Так как при чрезмышелковых переломах со смещением всегда разрывается капсула локтевого сустава, то для иммобилизации сустава в раннем послеоперационном периоде с целью сращения поврежденной капсулы и для стабильной опосредованной фиксации малого по размерам дистального отломка проводим спицу через локтевой отросток во фронтальной плоскости в направлении снутри-кнаружи с минимальным риском прокола нервных образований. Через надмышелку плеча проводим спицу с упорной площадкой снутри или снаружи с учетом вида смещения дистального фрагмента.

Верхние спицы крепим в полукольце и кольце аппарата Илизарова, соединяя их в проксимальную базовую опору. Две дистальные спицы фиксируем в полукольце аппарата Илизарова таким образом, что плоскость опоры располагается ниже линии излома и спицы, проведенной через надмышелку плеча. Последнюю фиксируем к полукольцу болтами-спицедержателями у верхнего полюса крайних отверстий кронштейнов. Такой монтаж дистальной опоры улучшает рентгенообзорность перелома, исключая наложение тени полукольца и кронштейнов на линии излома.

По окончании монтажа опор проводим наружный разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции длиной 2,5-3 см выше надмышелки плеча. После расслоения мышц под пальпаторным контролем краев расположения краев отломков осуществляем репозицию перелома путем перемещения дистальной опоры с устранением ротационного смещения, смещения по длине, ширине и под углом. После достижения идеальной репозиции, что подтверждается пальпаторно по точности сопоставления фрагментов и отсутствию ступеньки по краю кости, дистальную и проксимальную базовые опоры соединяем в одну систему при помощи резьбовых стержней с шарнирными узлами. На рану накладываем 1-2 шва с дренированием ее полихлорвиниловой трубкой.

Данная методика применена при лечении 28 детей с закрытыми чрез- (24) и надмышелковыми (4) переломами плечевой кости у детей в возрасте от 5 до 15 лет. У всех больных достигнута одномоментная точная репозиция перелома во время операции, подтвержденная данными рентгенографии. Раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. Средние сроки фиксации составили 17,5 дня. Восстановление функции локтевого сустава наблюдалось в сроки до 2,5 месяцев с момента травмы.

Первые результаты открытого остеосинтеза аппаратом Илизарова сложных чрез- и надмышелковых переломов плечевой кости подтверждают его эффективность и надежность при лечении детей, при применении которого достижение идеальной одномоментной репозиции отломков и их стабильная фиксация в аппарате позволяют получить раннее сращение перелома и восстановление функции конечности даже при условии временной иммобилизации соседнего локтевого сустава.

И. О. Панков (Казань)

Анализ причин некоторых осложнений при лечении переломовывихов области голеностопного сустава методом чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова

Causal analysis of some complications in treatment of the ankle dislocation fractures by the method of transosseous osteosynthesis with the Ilizarov apparatus

Проведен анализ исходов лечения 120 пациентов с тяжелыми переломовывихами области голеностопного сустава, лечившихся в отделении травматологии НИЦТ "ВТО" в 1985-1992 годах.

Мы выделили следующие осложнения, связанные с ошибками в выполнении оперативного пособия:

а) фиксация дистального отдела малоберцовой кости к большеберцовой с целью устранения избыточного межберцового диастаза спицей с упорной площадкой в аппарате