

Илизарова без устранения всех видов смещения малоберцовой кости. На контрольной рентгенограмме может создаваться ложное впечатление устранения межберцового диастаза, так как малоберцовая кость фиксируется вне соответствующей вырезки большеберцовой кости. Отсюда - рецидивы избыточного межберцового диастаза после удаления спицы. С целью восстановления области межберцового синдесмоза при его повреждении необходимо осуществить точную репозицию малоберцовой кости, а затем устранить диастаз в межберцовом сочленении;

б) неустраненные нарушения конгруэнтности в надтаранном суставе по причине оставшегося смещения крупного отломка дистального эпиметафиза большеберцовой кости, что может явиться причиной развития деформирующего артроза. Восстановление конгруэнтности в суставе обеспечивается проведением спицы через отломок или костный фрагмент и креплением ее в опоре аппарата Илизарова. Изолированным перемещением опоры достигается репозиция с устранением всех видов смещения и восстановлением конгруэнтности сустава;

в) фиксация переднего отдела стопы спицами, укрепленными в опорах аппарата Илизарова в положении супинации, что может привести к нарушению формы стопы и способствовать развитию комбинированного посттравматического плоскостопия;

г) воспаление мягких тканей в области проведения спиц. Лечение проводилось по общим принципам, включая УФО, перевязки, назначение антибактериальных препаратов, обкалывание мягких тканей в области воспаления антибиотиками. При отсутствии стихания воспалительной реакции в течение 4-5 дней мы рекомендуем удаление спицы и проведение ее вне области воспаления.

Осложнения в периоде восстановления могут быть связаны как с ошибками диагностики повреждения, ошибками, допущенными при выполнении лечебных манипуляций и оперативных пособий, так и с ошибками в проведении самого восстановительного периода.

Мы рекомендуем раннее начало движений в суставе и дозированную, все возрастающую нагрузку конечности, которая может быть доведена до полной в течение 2-4 недель при переломах дистального эпиметафиза костей голени. При проведении лечения, в целях восстановления функции сустава и профилактики развития посттравматических осложнений, применялся весь комплекс реабилитационных мероприятий, включая физиотерапию и иглорефлексотерапию, лечебный массаж и разработку движений в суставах конечности.

Дифференцированный подход в каждом конкретном случае, технически правильное осуществление лечебных пособий, обеспечивающих устранение всех видов смещения, проведение комплексного восстановительного лечения позволяют в большинстве случаев добиться благоприятных исходов лечения и восстановить функцию конечности.

И. О. Панков (Казань)

Чрескостный остеосинтез по Илизарову при переломах таранной кости

Transosseous osteosynthesis according to Ilizarov for talar fractures

Переломы таранной кости относятся к наиболее тяжелым повреждениям костей стопы вследствие нарушения функции сустава и развития тяжелого деформирующего артроза и аваскулярного некроза таранной кости. По данным ряда авторов стойкая утрата трудоспособности наблюдается до 30-75% случаев.

По локализации переломы таранной кости классифицируются как: а) переломы головки; б) переломы шейки; в) переломы тела; г) переломы отростков. Наиболее тяжелыми являются переломы шейки и тела таранной кости, а также переломовывихи таранной кости.

Наиболее оптимальным методом лечения таких переломов, обеспечивающим точную репозицию с устранением всех видов смещений, стабильную фиксацию отломков с одновременной разгрузкой надтаранного сустава, является чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Аппарат монтируется из двух кольцевых опор на голени, двух полукольцевых опор - на таранной кости и замкнутой опоры - на стопе, соединенных резьбовыми стержнями. Через проксимальный и дистальный метафизы большеберцовой кости проводятся спицы, которые натягиваются в кольцевых опорах. Затем через блок таранной кости и пяточную кость проводятся спицы и укрепляются в полукольцевой опоре (таранная кость) и замкнутой опоре (стопа). Полукольцевая и замкнутая опоры попарно соединяются с помощью резьбовых стержней с дистальной кольцевой опорой голени. Перемещением дугообразно изогнутой спицы в замкнутой опоре, проведенной через пяточную кость, устраняется подвывих с восстановлением конгруэнтности в подтаранном суставе.

После контрольной рентгенограммы через передний отломок таранной кости проводится спица, которая укрепляется во второй полукольцевой опоре таранной кости. Обе полукольцевые опоры соединяются друг с другом посредством резьбовых стержней на кронштейнах для создания компрессии или дистракции по плоскости перелома.

При значительном смещении отломков таранной кости, когда таким образом осуществить ее репозицию не представляется возможным, мы применяли следующий способ. После монтажа аппарата и дистракции между опорами на голени и стопе на переднем полукольце замкнутой опоры стопы устанавливались по бокам два кронштейна с внутренней резьбой на резьбовых стержнях с возможностью вертикального перемещения. В отверстиях каждого кронштейна устанавливается дистракционный стержень с пазом для спицы. Через передний отломок таранной кости проводилась спица во фронтальной плоскости, оба конца которой изгибались под острыми углами кпереди, и конвергирующие концы спицы, каждый в отдельности, укреплялись в дистракционных стержнях на кронштейнах. Изолированным перемещением каждого из концов спицы и перемещением кронштейнов в замкнутой опоре достигалась репозиция таранной кости. В отделении травматологии НИЦТ "ВТО" с 1985 по 1994 год находилось на лечении 11 пациентов с переломами таранной кости. Результаты изучены у 8. У всех больных на этапах лечения были отмечены явления аваскулярного некроза таранной кости, более или менее ярко выраженные. Однако, под влиянием проводимого лечения (применение биомеханически обоснованной компоновки аппарата Илизарова и, в последующем, всего комплекса лечебных восстановительных мероприятий) удалось купировать развитие аваскулярного некроза у 4 пациентов с полным восстановлением функции сустава.

Из 8 больных хорошие результаты отмечены у 4, удовлетворительные - у 1 и неудовлетворительные - у 3. У 3 пациентов с неудовлетворительными исходами имели место аваскулярный некроз таранной кости и тяжелый посттравматический деформирующий артроз голеностопного сустава, которые привели к значительному нарушению функции конечности.

А. В. Рунков (Екатеринбург)

Чрескостный остеосинтез при лечении переломов вертлужной впадины при множественной и сочетанной травме

Transosseous osteosynthesis for treatment of acetabular fractures in case of multiple and combined trauma

Увеличение в последние десятилетия количества пострадавших от тяжелой высокоскоростной транспортной травмы, сопровождающейся множественными и сочетанными повреждениями, привело к активной разработке но-