

ном лучезапястном суставе, восстановить длину и ось лучевой кости, обеспечить качественную фиксацию на весь восстановительный период до формирования смещения.

КОНЦЕПЦИЯ ЭТАПНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНСТРУКЦИЙ АППАРАТА Г.А. ИЛИЗАРОВА

Жуков П.В.

Уральская государственная медицинская академия,
ЦГКБ №24, г. Екатеринбург

Лечение переломов костей предплечья, а больных с политравмой принято считать операциями второй очереди, в результате помощь ограничивается внешней иммобилизацией и хирургической обработкой раны при открытых повреждениях. В свою очередь, особенности оскольчатых переломов трубчатых костей, и в частности открытых переломов ставят под сомнение целесообразность использования в раннем посттравматическом периоде (период стабилизации) оперативные хирургические вмешательства, усугубляющие кризис регионального кровообращения (открытые манипуляции с отломками, интрамедуллярный и различные виды накостного остеосинтеза).

Ранее использование чрескостного остеосинтеза подтверждает, что единый технологический процесс можно разделить на отдельные этапы. Реализация данного качества проявляется в потенциальной возможности разделения технологии чрескостного остеосинтеза по:

- *целям в данный момент лечения* (противошоковые мероприятия, хирургическое восстановление анатомии поврежденных тканей, оптимизация процесса сращения перелома и восстановления тканей, восстановление функции поврежденной конечности);

- *задачам решаемым в данный момент лечения* (устранение смещения и фиксация отломков, хирургическая обработка тканей, репозиция их фиксация, индивидуальная компоновка аппарата, переход к альтернативным способам остеосинтеза)

Таким образом, назревает диалектическая необходимость в соединении положительных качеств спицевого аппарата Г.А Илизарова и стержневой фиксации переломов на основе конструкций аппарата Г.А.Илизарова, а возможный переход к другим способам остеосинтеза, в условиях внешней фиксации, существенно расширяет диапазон применения, что позволяет улучшить результаты лечения, тем самым поднять качество жизни больных.

Деление технологии чрескостного остеосинтеза на этапы позволит четко определить возможности, цели и задачи его в процессе лечения, выявить ресурсы использования совместного применения с другими видами остеосинтеза.

Описанная тактика применена у 9 больных с политравмой и переломами костей предплечья. Открытые переломы Gustilio I-II у 4 больных, которые характеризовались многооскольчатыми и двойными переломами костей предплечья.

Сформирована новая концепция *чрескостного остеосинтеза*. Все ортопедо-травматологическое лечение разделили на 3 этапа.

На первом этапе (устраняли грубые смещения в дистракционно-репозиционном устройстве, которое собиралось на основе конструкций аппарата Г.А. Илизарова, с обязательным устранением смещения по длине, дистальный отдел предплечья устанавливали в среднее положение) и хирургической обработкой раны.

На втором этапе выполняли окончательную репозицию с фиксацией отломков (с учетом смещающих динамических усилий, вызываемых напряжением мышц или статической деформацией), либо переходили к альтернативному остеосинтезу в условиях смонтированного аппарата внешней фиксации, что позволяло полностью устранить оставшиеся виды смещений (ротационные смещения лучевой кости, смещение под углом и по ширине), использовать минимальный, по размерам, доступ к перелому, при накостном остеосинтезе, легко выполнить закрытый интрамедуллярный остеосинтез.

На третьем - введение дополнительных фиксационных элементов (стержней, спиц) для усиления жесткости фиксации отломков в чрескостном аппарате.

Чрескостный остеосинтез в полном объеме выполнен у 2 больных, накостный – 2. В 5 случаях были установлены интра-

медуллярные стержни переменного сечения. У всех больных наступило сращение перелома. Наилучший функциональный результат и удовлетворение от лечения наблюдался при использовании чрескостного остеосинтеза на первом этапе лечения и окончательной фиксации стержнями переменного сечения.

Таким образом, чрескостный остеосинтез является самым простым ограниченно-инвазивным методом, единственно возможным у больных с повреждением костей предплечья осложненных политравмой, на втором этапе может быть заменен любым другим видом остеосинтеза, осуществленного в условиях аппарата Г.А. Илизарова.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КИСТИ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ДЕФЕКТОМ КОСТНОЙ ТКАНИ

Лексин С.В., Морозов И.Б., Шаламов И.А.

ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Причиной современной травмы кисти часто являются высоко энергетические факторы, что довольно часто приводит к дефекту не только мягких тканей, но и костей кисти.

Для устранения дефектов кости применяются остеосинтез поврежденного сегмента с укорочением; остеосинтез поврежденного сегмента аппаратом внешней фиксации (АВФ) с последующим формированием distractionного регенерата; остеосинтез аппаратом внешней фиксации с последующей костной аутопластикой.

Цель работы. Эффективное устранение дефекта кости с максимально возможным восстановлением анатомии и функции кисти.

В клинике ЦГКБ № 24 в последние годы для устранения и замещения дефектов костей кисти с успехом применяется первичная свободная костная аутопластика. За последние 4 года в неотложном порядке пролечено 13 пациентов с применением указанного метода. Все пациенты были мужчинами трудоспособного возраста (от 25 до 57 лет). Дефект I пястной кости замещен в трех слу-