

С внедрением в амбулаторную практику общего обезболивания повысились роль и авторитет поликлиники как основного лечебного учреждения, расширился диапазон хирургических вмешательств, улучшилось качество лечения, более рационально используются трудовые ресурсы Центра амбулаторной хирургии. Нам удалось снизить сроки проведения плановых операций, уменьшить количество осложнений, развивающихся вследствие госпитальной инфекции, высвободить койки в стационаре для проведения более сложных операций, снизить материальные и финансовые затраты на лечение детей.

**С.В. Гюльназарова, В.И. Мамасев, Л.А. Казак,
Т.М. Машинская, А.И. Реутов**

Новое в реализации чрескостного остеосинтеза при лечении последствий травм локомоторного аппарата

*Уральский НИИ травматологии и ортопедии,
г. Екатеринбург*

В структуре первичной инвалидности от травм последствия переломов длинных трубчатых костей занимают третье место (Масхулия Е.Ш., Мерчелян Г.А., 1990) и достигает 30-43.4% (Пожариский В.Ф., Журавлев С.М., 1990). Важно отметить, что страдают в основном лица молодого и среднего возраста (Попова Л.А., 1990), поэтому уменьшение числа инвалидов является важной медико-социальной проблемой для нашей страны.

К инвалидности чаще всего приводят ложные суставы, неправильно сросшиеся переломы, контрактуры крупных суставов, частичные дефекты диафиза и суставных концов, особенно коленного сустава (Улицкий Г.И., Хотимская В.М., 1975; Медведева Н.И., Кулик В.И., 1981; Гюльназарова С.В. с соавт., 1991).

В России ведущим методом лечения последствий тяжелых переломов костей конечностей является чрескостный метод с использованием аппарата Илизарова и шарнирно-дистракционных аппаратов Волкова-Оганесяна.

Целью настоящей работы была оптимизация исходов чрескостного метода при лечении инвалидов с последствиями тяжелых переломов костей конечностей.

Материал и методы лечения.

Авторы располагают опытом лечения 476 больных с последствиями тяжелых переломов длинных трубчатых костей. 346 человек лечились по поводу ложных суставов, частичных дефектов и неправильно сросшихся переломов метафиза и диафиза длинных костей, а 130 – с тяжелыми нарушениями функции коленного сустава, в том числе у 45 больных были посттравматические дефекты мышечелков большеберцовой и бедренных костей. 70.4% составили лица молодого и среднего возраста (20-40 лет). Инвалидность имели 323 человека, временно нетрудоспособными были 44 пациента, т. к. срок давности травмы у них не превышал одного года. Продолжительность утраты трудоспособности наших пациентов колебалась от 5 месяцев до 20 лет, составляя у инвалидов в среднем 5-10 лет. 290 пациентов уже были ранее безуспешно оперированы от 1 до 5 раз. У большинства больных основная патология сопровождалась хроническим остеомиелитом (102 человека), расстройствами крово- и лимфообращения (50), периферическими невритами (21), контрактурами смежных суставов (253). Среди наших больных 357 (70.4%) имели укорочение от 2 до 14 см, причем у 301 человека укорочение составляло 2-5 см, а у 56 – более 5 см.

Предоперационное обследование больных включало как обычные методы исследования (клинический, рентгенологический, гематологический, биохимический, иммунологический), так и специальные (контрастная рентгенография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая денситометрия, биомеханическое исследование опорно-двигательной системы и электромиография мышц нижних конечностей).

В зависимости от имеющейся патологии для лечения использовали закрытый чрескостный метод (209) или открытое оперативное вмешательство (267). У больных с гипертрофической формой ложного сустава применяли закрытый дистракционный остеосинтез (197). При дефект-псевдоартрозе осуществляли открытый стабильный чрескостный остеосинтез с последующим удлинением в этой области (21). Частичные дефекты костей ликвидировали билочальным последовательным дистракционно-компрессионным методом Г.А. Илизарова (29). При неправильно

сросшихся переломах, осложненных деформацией и укорочением, применяли корригирующие остеотомии (35) с последующим удлинением сегмента или двойную компактотомию большеберцовой кости (15). Среди пациентов с тяжелым нарушением функции коленного сустава у 31 больного были отмечены неправильно сросшиеся переломы бедра и укорочения конечности. Этим больным 1 этапом производили корригирующую остеотомию бедра и стабильный остеосинтез аппаратом Илизарова (20) или удлинение бедра или голени по Г.А. Илизарову (11). После перестройки регенерата 2 этапом осуществляли мобилизующие операции на коленном суставе. 58 больным был предпринят артролиз коленного сустава, из них у 45 артролиз сочетали с замещением дефекта мышцелка костно-хрящевым трансплантатом, консервированным глубоким охлаждением или слабым раствором формалина. У 16 больных выполнили миолиз головок четырехглавой мышцы, а при смешанных контрактурах (36) миолиз сочетали с артролизом. 12 больным контрактуру устраняли закрыто с помощью шарнирно-дистракционных аппаратов Волкова-Оганесяна. Таким образом, операции, направленные на восстановление или улучшение функции коленного сустава, были выполнены 122 больным. Из-за наличия хронической инфекции 8 пациентам с контрактурами коленного сустава восстановили только ось и длину конечности, что улучшило кинематику их ходьбы. Кроме мобилизующих операций 42 пациентам с контрактурами коленного сустава и деформирующим артрозом бедренно-надколенного сустава для его разгрузки и снятия болей дополнительно была произведена остеотомия и дозированной вентрализации буржистости большеберцовой кости по оригинальной методике. Всего больным с контрактурами коленного сустава было сделано 175 операций, из них 40 пациентам произведены последовательно по две или три опера-

ции.

Из 536 операций, сделанных нашим больным, чрескостный остеосинтез был использован в 91.9%. Авторы использовали метод Илизарова для лечения последствий переломов костей конечностей не только согласно рекомендаций автора, но и применяли собственные оригинальные разработки, направленные на оптимизацию исходов лечения. Известно, что благоприятные условия для костеобразования не всегда удается создать не только по техническим причинам, но и в связи с индивидуальными особенностями организма больного, поэтому очень важно прогнозировать возможный исход лечения, выявлять нарушения костеобразования и

своевременно устранять их (Гюльназарова С.В. с соавт., 1984). Этот подход авторы считают основополагающим при разработке индивидуальной тактики лечения больных с последствиями тяжелых переломов костей. Для раннего прогнозирования течения остеогенеза были разработаны несколько новых способов, защищенных авторскими свидетельствами и патентами РФ (а. с. № 1103851, 1162432, 1731172, 1800334, 1837229, патент 2058750). Использование раннего прогнозирования для индивидуальной тактики лечения больных обеспечивает наиболее благоприятные условия для репаративного процесса при реализации чрескостного метода и тем самым способствует улучшению исходов лечения. Авторы также разработали и внедрили новые оригинальные хирургические технологии с использованием собственных методов и устройств для лечения укорочений, контрактур и дефектов костей (а. с. № 355949, 577019, 1074498, 1123669, 13552246, 1732948, патент 20122259).

Отдаленные результаты лечения известны у 432 пациентов. Благоприятные исходы отмечены в 95.4% случаев, а неудовлетворительные в 4.6%.

Изучение состояния трудоспособности показало, что уже в первые два года после операции к труду вернулось большинство больных (334), что составило 77.3%. У 98 пациентов в этот период еще сохранялась инвалидность, так как это были больные с обширными дефектами костей и большими укорочениями, которые еще не закончили лечение. Результаты нашего исследования совпадают с мнением Л.А. Поповой (1990), что остеосинтез аппаратами внешней фиксации позволяет получить положительные исходы у подавляющего числа инвалидов с последствиями тяжелых травм.

Заключение.

Проведенное исследование показало, что чрескостный остеосинтез обеспечивает высокий анатомо-функциональный, социальный и трудовой эффект, реализация чрескостного остеосинтеза с учетом данных раннего прогнозирования, разработка и осуществление на этой основе индивидуальной тактики лечения больных для оптимизации репаративных процессов, дифференцированный выбор метода лечения, патогенетически обоснованная этапность оперативных пособий и внедрение новых лечебных технологий позволили снизить число осложнений в два раза и сократить общие сроки лечения. Чрескостный метод в системе реа-

билитации инвалидов ортопедо-травматологического профиля следует считать методом выбора, однако реализация его должна осуществляться в специализированных отделениях, клиниках или центрах реабилитации, располагающих высококвалифицированными кадрами и соответствующим лабораторно-технологическим оснащением.

Литература:

1. Гюльназарова С.В., Никитенко Е.Т., Гольдберг С.И. Способ прогнозирования течения регенерации костной ткани при distractionном остеосинтезе. // Открытия. Изобретения., 1984, № 27.
- 1) 2. Гюльназарова С.В., Машинская Т.М., Якубсон И.К. Аллопластика в сочетании с чрескостным остеосинтезом в лечении частичных дефектов суставных концов большеберцовой кости. // Ортопедия, травматология и протезирование, 1991, № 10, С. 19-24.
3. Журавлев С.М. Итоги изучения причин первичной инвалидности. // V Всероссийский съезд травматологов-ортопедов: Тез. докл., Ленинград, 2-4 октября 1990. // Ярославль, 1990, Ч. 1, С. 44-46.
4. Масхулия Е.Ш., Мерчелян Г.А. О значении продления сроков временной нетрудоспособности больных с травмой опорно-двигательного аппарата. // V Всероссийский съезд травматологов-ортопедов: Тез. докл., Ленинград, 2-4 октября 1990. / Ярославль, 1990, Ч. 1, С. 77-78.
5. Медведова Н.И., Кулик В.И. Об оперативном лечении переломов мыщелков большеберцовой кости. // Повреждения и заболевания коленного сустава., Сб. науч. работ, Л., 1981, С. 6-11.
5. Пожарский В.Ф. Политравмы опорно-двигательной системы и их лечение на этапах медицинской эвакуации. // М.: Медицина. 1989, 253 с.
7. Попова Л.А. Медико-социальная и экономическая эффективность метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову в травматологии и ортопедии. // Автореф. дис. докт. мед. наук, Пермь, 1990, 53 с.
8. Улицкий Г.И., Хотимская В.М. Замещение посттравматических дефектов коленного сустава губчато-хрящевым трансплантатом с одновременным восстановлением связок. // Сборник Пленума правления Всероссийского научно-медицинского общества травматологов-ортопедов., Л., 1975, С. 100-101.