

Приоритеты в выборе метода фиксации при диафизарных переломах костей голени

Тип перелома 42-	Метод фиксации			
	Обычная компрессирующая пластина (LC-DCP и аналоги)	Пластина с угловой стабильностью (LCP, LISS и аналоги)	Интрамедуллярный остеосинтез	Чрескостный остеосинтез по Илизарову и его аналоги
A1	***	***	***ГПД	***
A2	**	**	***	*
A3	*	**	***	*
B1	**	***	***ГПД	***
B2	**	***	***ГПД	***
B3	**	***	***ГПД	***
C1	*	***	*** ГПД	***
C2	*	***	*** ГПД	***
C3	-	**	*** ГПД	***

Примечание: ***- приоритетные методики,
** - при невозможности выполнения ***,
* - при невозможности использования *** и **,
ГПД - гвозди с проксимальным и дистальным блокированием.

Приведем краткие пояснения.

Переломы 42-A1.1, 42-A1.2 и 42-A1.3 (спиральные переломы, соответственно проксимальной, средней и дистальной третей большеберцовой кости) могут быть синтезированы всеми перечисленными методами. Применение гвоздя с блокированием может быть ограничено невозможностью ввести блокирующие шурупы из-за короткого околоуставного отломка. При остеопорозе для переломов 42-A1.1. показано применение LISS, а для 42-A1.2. и 42-A1.3 - LCP.

Для переломов 42-A2 (длина линии перелома короче, чем удвоенный диаметр сломанной кости) и 42-A3 (поперечные переломы) больше обосновано применение интрамедуллярного остеосинтеза.

Переломы типа 42-B характеризуются плохим кровоснабжением клиновидного отломка, вследствие чего требуют применения малоинвазивных методов, сохраняющих кровоснабжение окружающих мягких тканей. Поэтому при повреждениях 42-B1 (клиновидный перелом, спиральный клин), 42-B2 (клиновидный перелом, клин от сгибания), 42-B3 (клиновидный перелом, фрагментированный клин) показано применение гвоздей без рассверливания, LCP, аппаратов внешней фиксации.

При сложных переломах типа 42-C остеосинтез должен быть выполнен с минимальной травмой для тканей, отвечающих за репаративный остеогенез. Поэтому показано применение чрескостного остеосинтеза. Обосновано использование гвоздей с проксимальным и дистальным блокированием и пластин с угловой стабильностью, установленных по минимально инвазивной технике.

Существенно отличается послеоперационное ведение больных для разных способов фикса-

ции. После остеосинтеза гвоздями с проксимальным и дистальным блокированием частичная нагрузка на конечность может быть разрешена на 3-7 день; полная - с 4 недели. Фиксация пластинами с угловой стабильностью позволяет мобилизовать пациента сразу после операции, даже при наличии у него остеопороза. Применение «обычных» пластин (LC-DCP) требует более длительного ограничения нагрузки (до 10 кг) в течение 3-4 месяцев; реабилитация занимает более продолжительный период. После чрескостного остеосинтеза дозированную нагрузку разрешают на 2-3 сутки и доводят до функциональной нормы к концу периода фиксации.

Практически во всем мире травматологи-ортопеды применяют для внутренней фиксации методики Ассоциации остеосинтеза (АО/ASIF). Россия не является исключением: повсеместным стало использование если не оригинала, то копий (более или менее удачных), которые легально или полунелегально изготавливаются отечественными предприятиями. Методическое обеспечение внутреннего остеосинтеза (показания, подбор конструкций, техника выполнения) принято отечественными специалистами и не вызывает возражений. Положительный опыт использования технологии АО/ASIF отражен в специальной отечественной литературе [4, 7, 11].

В вопросах применения чрескостного остеосинтеза приоритет до настоящего времени остается на стороне ученых и врачей постсоветского пространства. В России внешняя фиксация закрытых диафизарных переломов костей голени имеет лучшее методическое обеспечение и традиции применения. Вместе с тем, чрескостный остеосинтез достаточно сложен и требует предельно точного исполнения рекомендаций разработчи-