

3. Наздрюхина Л. Р., Грицкевич Н. И. Нарушение микроэлементного обмена и пути его коррекции. М., 1980.
4. Andrikashvili E. L., Mosulishvili L. M. Metal Ions Biol. Syst., vol. 10, New York-Basel, 1980, 167.
5. Schrauzer G. N. Trace Elem. Anal. Chem. Med. and Biol. Proc. 1st Int. Workshop, Neukerlerg, 1980, 183.
6. Sandstead H. H. Present knowledge in Nutrition, 3rd Ed., p. 117. The Nutrition Foundation, New York, 1967.
7. Roguljic A, Mikas-Devic D., Krusic J. Period. biologorum, 1980, 82, 2, 213.

УДК 616.71—001.5—089.84:615.451

И. А. ОСЕПЯН, Г. А. ТУМЯН, В. П. АЙВАЗЯН

## МЕТОД «НАПРЯЖЕННОГО» ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ МОНТЕДЖА И ГАЛЕАЦИИ

Разработан и применен у больных с повреждениями Монтеджа и Галеации метод «напряженного» внутрикостного остеосинтеза пучком спиц, позволяющий проводить раннюю реабилитационную терапию.

Переломовывихи Монтеджа и Галеации относятся к редко встречающимся, но тяжелым повреждениям предплечья, дающим большое количество неудовлетворительных исходов [1—3,7—9].

Благоприятные результаты наблюдались нами у больных, получавших оперативное лечение. При свежих вывихах головки лучевой кости производилось ее вправление, при застарелых — резекция головки, что считают показанным и ряд авторов [4, 5, 6, 10]. При лечении свежих повреждений Монтеджа мы производили открытое вправление головки лучевой кости и внутрикостный остеосинтез локтевой кости пучком спиц. Головка лучевой кости и область перелома локтевой кости обнажаются одним задненаружным разрезом. Остеосинтез локтевой кости производится ретроградным способом. Концы обоих отломков локтевой кости мобилизуются, при необходимости устраняется мягкотканая интерпозиция. В костномозговую полость проксимального отломка вбивается по одной спице до его полного заполнения. Концы спиц выводятся без дополнительных разрезов в области верхушки локтевого отростка из разных точек. Отломки локтевой кости сопоставляются, и спицы также поочередно вбиваются в костномозговую полость дистального отломка с внедрением их концов в губчатое вещество метафизарной зоны. При наличии осколков последние укладываются и фиксируются кетгутотом на своем ложе. Клинически проверяется стабильность достигнутой фиксации отломков, после чего производится вправление головки лучевой кости с восстановлением по возможности целостности кольцевидной связки и фиксацией спицей Киршнера. Рана ушивается наглухо с оставлением резинового выпускника. Концы спиц скусываются и оставляются вне кожи. Внешняя иммобилизация продолжается после операции 4 недели, после чего начинается реабилитационное лечение.

В тех случаях, когда перелом локтевой кости сочетается с переломом со смещением, переломовывихом головки лучевой кости, или

имеется вывих головки лучевой кости большой давности, производится удаление головки лучевой кости и остеосинтез локтевой кости пучком спиц.

Определяющим моментом для выбора тактики оперативного вмешательства по поводу вывиха головки лучевой кости был срок давности травмы. Если с момента получения травмы до операции прошло не более 2 недель, то производилось вправление головки, более 2 недель—удалялась головка лучевой кости. Надо отметить, что удаление головки лучевой кости к существенному ограничению функции конечности не приводило.

При свежих переломах Галеацци производился лишь внутрикостный остеосинтез лучевой кости пучком спиц по следующей методике. Доступом по Берджери обнажается область перелома. Концы обоих отломков мобилизуются, при наличии интерпозиции последняя устраняется, после чего производится небольшой разрез длиной 2—3 см на тыльно-лучевой поверхности предплечья в области дистального метаэпифиза лучевой кости. Между сухожилиями разгибателя пальцев и длинного разгибателя первого пальца открывается доступ к лучевой кости. Долотом производится (П-образная) субкортикальная остеотомия кости. Полученная при этом костная пластинка несколько приподнимается, и в костномозговую полость дистального отломка проводятся первые спицы. Последующие спицы проводятся, скользя по первым, по принципу «салазок». Описанная методика трепанации отличается от классической, при которой трепанация производится в области анатомической табакерки лучевой кости. На наш взгляд, подобная локализация и методика трепанации лучевой кости (с применением П-образного лоскута) менее травматичны, анатомически более обоснованы и не нарушают функции сухожильного аппарата кисти.

После введения спиц в костномозговую полость дистального отломка костные фрагменты сопоставляются, и спицы внедряются в полость проксимального отломка путем их вколачивания. Концы спиц скручиваются так, чтобы на 2—3 мм выступали из трепанационного отверстия. Затем костная пластинка укладывается на них с целью предотвращения травматизации сухожилий. Раны ушиваются наглухо с оставлением резинового выпускника. Каких-либо оперативных вмешательств на дистальном луче-локтевом сочленении нами не производилось. По нашему мнению, хорошие функциональные результаты можно получить в дальнейшем и путем резекции головки локтевой кости.

Нами оперировано 10 больных с переломовывихами Монтеджа, из коих 8—со свежими повреждениями, 2—с несросшимися переломами локтевой кости с застарелыми вывихами головки лучевой кости. У 6 больных со свежими повреждениями были только вывихи головки лучевой кости, у остальных двух—переломовывихи головок. У двух больных, имеющих вывих без перелома головки лучевой кости, производилось ее вправление с трансартрикулярной фиксацией спицей Киршнера. одному из них, поступившему в ЕрНИИТО по поводу открытого повреждения Монтеджа, был произведен первичный остеосинтез локтевой кости пучком спиц с вправлением головки лучевой кости, восстанов-

лением целостности кольцевидной связки и фиксацией спицей. У четырех больных с вывихом головки лучевой кости с давностью свыше 2 недель и у двух с переломовывихами головок произведено удаление последних. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 19 дней. Продолжительность гипсовой иммобилизации составила 2 недели у больных с удаленными головками лучевых костей и 4— в случаях, когда производилось вправление вывихов головок. Средний срок консолидации перелома равнялся 14 неделям. У 7 больных переломы срослись, функция конечности была восстановлена. Из них у 1 больного перелом сросся через 20 недель (имелась замедленная консолидация отломков). Еще у 1 больного перелом локтевой кости не сросся с образованием тугого ложного сустава, но функция конечности при этом существенно не пострадала.

Двое больных были оперированы по поводу застарелых переломовывихов Монтеджа с давностью травмы от 3 до 5 месяцев. У одной из них имелось резкое ограничение движений в локтевом суставе. Провести в дооперационном периоде реабилитационное лечение оказалось невозможным из-за сильных болей. У обоих больных была произведена резекция головки лучевой кости с фиксацией отломков пучком спиц. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Гипсовая иммобилизация продолжалась 6 недель. Переломы срослись через 16 недель. У одного больного функция конечности восстановилась полностью, у второй, имеющей резкое ограничение движений в локтевом суставе до операции, некоторое ограничение движений сохранилось. Таким образом, из 10 больных с переломовывихом Монтеджа у 9 переломы локтевой кости срослись, и лишь у одного больного результат был неудовлетворительным. Функция конечности была восстановлена у 8 чел. У одного больного имелось умеренное, и у одной—резкое нарушение функции. Надо отметить, что при лечении повреждений типа Монтеджа отмечалась тенденция к удлинению сроков консолидации.

Под нашим наблюдением находилось также 3 больных с переломовывихами Галеацци. В одном случае с открытым повреждением был произведен первичный остеосинтез лучевой кости. Остальные двое больных оперированы в плановом порядке. Послеоперационные раны у всех больных зажили первичным натяжением. Продолжительность гипсовой иммобилизации составила 4 недели. Переломы срослись через 12—13 недель.

При лечении переломовывихов Монтеджа и Галеацци необходимо достичь стабильной фиксации отломков с одновременным сохранением физиологической кривизны лучевой кости. Применение для остеосинтеза костных отломков металлической конструкции способствует полному восстановлению ротационных движений предплечья и сращению переломов. По нашему мнению, применение пучка спиц для внутрикостного остеосинтеза костей предплечья имеет ряд преимуществ по сравнению с другими металлоконструкциями. Различие в диаметрах костномозговой полости кости не играет существенного значения. В наиболее узкой части костномозговой полости спицы плотно прилега-

ют друг к другу и проходят параллельно. В расширяющихся частях костномозговой полости они отходят друг от друга и веерообразно расходятся. Благодаря этому в костномозговой полости возникает состояние «внутреннего демпферирования» или «напряженного остеосинтеза», что обеспечивает стабильную фиксацию отломков. Веерообразное расположение спиц в губчатом веществе кости и прохождение их через различные точки кортикального слоя препятствуют образованию диастаза и возникновению ротационных смещений между отломками. Спицы обладают высокой гибкостью, и при внутрикостном остеосинтезе костей, обладающих изогнутой осью, последняя полностью сохраняется.

Таким образом, разработанные нами методики оперативного лечения переломовывихов Монтеджа и Галеацци с применением в качестве внутрикостного фиксатора пучка металлических спиц способствуют улучшению исходов лечения этого контингента больных.

НИИ травматологии и ортопедии  
им. проф. Х. А. Петросяна

Поступила 15/IV 1987 г.

Ի. Ա. ՀՈՎԵՑՅԱՆ, Գ. Ա. ԹՈՒՄՅԱՆ, Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

Մոնթեջի և Գալեազիի վնասվածքների բուժումը  
«լարվաժ» օսթեոսինթեզի մեթոդով

Մոնթեջի և Գալեազիի կոտրվածքները բուժելիս հեղինակները մշակել և կիրառում են շյուղախրձով ներսկրային օսթեոսինթեզի նոր մեթոդ: Ոսկրի մետաֆիզում շյուղերի հովհարածև տարածման և դիաֆիզի նեղ հատվածում նրանց հավաք վիճակի շնորհիվ ստեղծվում է կայուն և լարված օսթեոսինթեզ: Առաջարկվող մեթոդը հնարավորություն է ընձեռնում վաղ շրջանում կիրառել վերականգնողական թերապիա, որը զգալիորեն կրճատում է բուժման ժամկետները:

I. A. HOSEPIAN, G. A. TOUMIAN, V. P. AIVAZIAN

THE METHOD OF THE „TENSE“ OSTEOSYNTHESIS IN THE  
TREATMENT OF THE MONTEGGI AND GALEAZZI TRAUMAS

The method of intraosseous osteosynthesis with the bundle of needles in patients with Monteggia and Galeazzi traumas is worked out and put into practice.

It is due to the „fanlike“ flare of needles in metaphyseal areas of the bone and their compact state in the most narrow part of the diaphysis that the state of the constant and tense osteosynthesis is created.

The method permits to perform the early rehabilitation therapy that considerably shortens the time of recovery of the patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вородюхина Г. И. В сб.: Вопр. травмат. и ортопед. Л., 1966, с. 42.
2. Коломытцев В. Д. Ортопед., травмат. и протез., 1976, 4, с. 27.
3. Сосаар В. Б. Ортопед., травмат. и протез., 1972, 8, с. 62.
4. Ткаченко С. С., Демьянов В. М. Вестн. хир. им. Грекова, 1972, 108, 2, с. 58.
5. Фадеев Д. Н. Ортопед., травмат. и протез., 1971, 4, с. 44.

6. Уотсон-Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов. М., 1972.
7. Bagby G. W. J. Bone It. 7, 59—A. S. 625. Surg., 1971.
8. Kundrat I., Sprindrich I. Roshl. chir., 1964, 7, 481.
9. Mikis Z. D. J. Bone It. Surg., 1975, 57-A, 8, 171.
10. Sander K. Beitr. Orthop. Traum., 1972, 19, 9, 519.

УДК 616—007.251—089

Э. Б. АКОПЯН, Л. У. НАЗАРОВ, Л. А. ДАНИЕЛЯН,  
А. Р. БАЗИЯН, С. Г. БАГДАСАРЯН

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Представленные результаты хирургического лечения хронических анальных трещин свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в выборе метода оперативного лечения. Это приводит к укорочению сроков выздоровления больных, а также сокращает число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Лечение хронических анальных трещин в настоящее время преимущественно хирургическое. Предложенные многочисленные способы операций недостаточно эффективны из-за частых осложнений, рецидивов и длительных сроков выздоровления больных. Так, после иссечения трещины по Габриэлю рецидивы возникают в 6,2% случаев, а раны анального канала заживают в среднем через 6—7 недель после операции. После открытой задней сфинктеротомии по Eisenhammer или модификации А. Н. Рыжих в 15—28% случаев возникает недостаточность функции анального жома, рецидивы заболевания составляют 6—8%, а выздоровление больных наступает только через месяц со дня операции [1—3, 7, 8]. Сравнительно лучшие результаты отмечаются после применения открытых или закрытых боковых сфинктеротомий с иссечением или без иссечения трещин. Однако и после этих вмешательств довольно часто (10—15%) возникают послеоперационные осложнения, рецидивы составляют 1—3% [1, 4—6, 9], а полное выздоровление больных наступает через 10—15 дней после операции.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема хирургического лечения хронических анальных трещин остается актуальной.

В НИИ проктологии МЗ Арм ССР с 1976 по 1985 г. оперированы 1080 больных с хронической анальной трещиной, из которых мужчин было 670, женщин—410. Возраст больных 17—70 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 20 лет. Почти все пациенты ранее безуспешно лечились консервативно или новокаиново-спиртовыми блокадами. 11 (1,0%) человек были неудачно оперированы в других учреждениях республики. Заболевание локализовалось на задней стенке анального канала в 958 (88,7%), а на передней—в 77 (7,1%) случаях. Двойные трещины имели место у 45 (4,2%) оперированных. Сочетание трещины с геморроем отмечалось у 513 (47,5%), а со свищами прямой кишки—у 128 (11,8%) пациентов.