

ФИКСАЦИИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. КОГДА ЭТО НЕОБХОДИМО?

ВВЕДЕНИЕ

Переломы костей голени часто возникают в пожилом возрасте на фоне остеопороза. Отсутствие дифференцированного подхода к выбору оптимальной методики хирургического лечения при диафизарных переломах костей голени на сегодняшний день является существенной медико-социальной проблемой. В литературе недостаточно освещены аргументы о целесообразности фиксации малоберцовой кости при остеосинтезе диафизарных переломов большеберцовой кости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных теоретического и биомеханического моделирования при различных вариантах фиксации диафизарных переломов обеих костей голени в трех вариантах площади контакта отломков по линии перелома 50, 25 и 0 %. Фиксацию переломов моделировали в двух вариантах: фиксация только отломков большеберцовой кости, фиксация отломков обеих костей голени с помощью блокируемых пластин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Остеосинтез обеих костей голени не вызывает существенных изменений упругодеформированного состояния этих костей, по сравнению с остеосинтезом только большеберцовой кости, при всех вариантах нагрузки конечности. Но важно, что дополнительная фиксация малоберцовой кости позволяет уменьшить величину перемещений его отломков, значительно (в 3 раза) уменьшить напряжение в пластине фиксирующей большеберцовую кость. При нестабильных переломах большеберцовой кости и в условиях остеопороза фиксацию малоберцовой кости необходимо проводить как в средней, так и в нижней трети.

ВЫВОДЫ

Принцип дополнительной фиксации малоберцовой кости применен в лечении 229 пациентов при остеосинтезе переломов нижней и средней трети большеберцовой кости. У всех пациентов получены положительные результаты лечения.