

на заживление инфицированных ран мягких тканей. Однако в ряде случаев, независимо от метода внешней фиксации, заживление гнойной раны и процессы сращения протекают крайне замедленно, сопровождаются локальным воспалением вокруг спицевых перфораций, а громоздкая внешняя конструкция, состоящая из кольцевых и дуговых опор, постоянно создает ощущение дискомфорта, способствует усилению болевого синдрома при движениях, нарушает ночной сон и создает неблагоприятный психоэмоциональный фон во время длительного периода лечения. У пациентов с лабильной психикой эти факторы отрицательно влияют на общее состояние и сроки сращения переломов.

С 1991 года для лечения переломов бедра, в том числе и осложненных вальгусной или латентной инфекцией, в клинике применяют моносторонний анкерно-спицевой и винтостержневой остеосинтез (патент № 1526671). Преимуществами одностороннего расположения аппарата по наружной или передне-наружной стороне бедра с продольнолинейным внедрением фиксирующих элементов в костные отломки является возможность репозирующими фиксаторами практически одновременно устранять смещение отломков в сагиттальной плоскости, а вращением гаек перемещая репозирующие стержни или упорные спицы (в зависимости от компоновки аппарата), устраняют фронтальное смещение концов отломков и варусную деформацию бедра. После рентгенологически подтвержденного восстановления оси устойчивая фиксация сохраняется до сращения. У больных с длительными сроками после травмы устранение сагиттального смещения в рубцовых тканях осуществляется последовательной продольной тракцией с последующим встречным перемещением отломков. Для этого на аппарат легко устанавливают съемную наклонно-дуговую опору, на которой укрепляют один или два винтостержневых фиксатора и в несколько приемов точно репозируют концы отломков. Продольная компрессия позволяет достичь сращения в оптимальные сроки. При этом сохраняется возможность функционального лечения контрактур коленного сустава. Моностороннее расположение аппарата позволяет удобно укладывать конечность, приводить бедро, носить обычную одежду, способствует бытовому комфорту в процессе амбулаторного лечения.

В течение 5 лет в клинике лечились 57 больных обоего пола в возрасте от 6 до 84 лет по описанной методике. В день госпитализации у 33 человек переломы были закрытые, у 20 - открытые, у 2 переломы были на фоне гематогенного остеомиелита и у 2 - после оперативного лечения врожденных деформаций бедренной кости. Одновременно у 26 человек были переломы или псевдоартрозы других сегментов скелета.

После комплексного обследования у 25 больных диагностированы несросшиеся переломы, у 4 - ложные суставы, у 10 - неправильное сращение с укорочением и варусной деформацией, у 1 был остеомиелитический дефект более 6 см. 13 больных поступили в сроки до 3 недель с момента травмы с повреждениями внутренних органов и переломами иных локализаций. 31 больной ранее были оперированы. Из них 22 - один раз, 10 - два раза, 1 - три раза, 1 - четыре на бедренной кости, 31 из них был оперирован на других сегментах. 23 человека ранее лечились только консервативно. У 11 больных применяли чрескостный остеосинтез бедра аппаратом Илизарова 1 раз, у 1 - два раза, спицестержневой аппарат на дуговых опорах применялся у 3 больных, винтостержневой аппарат ХНИИТО - у 2 больных, стержневой аппарат на основе наших конструкций - у 2 и последовательное лечение тремя различными аппаратами - 1. Сроки от момента травмы до лечения в клинике были от 3 недель до 5 лет.

В настоящее время 41 человек завершили лечение, 16 продолжают лечение амбулаторно под нашим наблюдением. Восстановлены опорная функция и длина конечности у всех окончивших лечение. У 1 из них рецидивировало нагноение в зоне сращения перелома. У 14 сохраняется контрактура в коленном суставе, лечение которой проводится консерва-

тивно, 6 больным успешно восстановлено сгибание мобилизацией надколенника и квадрицепса по А.В.Каплану. От применения шарнирно-дистракционного метода у таких больных мы отказались.

Полагаем, что дистракционно-корректирующий моносторонний остеосинтез застарелых деформаций и осложненных переломов бедренной кости в условиях инфекционных осложнений может быть эффективным методом восстановительного лечения в наиболее сложных случаях.

**Ш. А. Баймагамбетов, С. А. Алмолдин,
Ю.М.Хомяков, М. Ш. Омаров, Р. Р. Мухоряпов,
М. Г. Оспанов, Л.И.Бублейник, М. С. Митяева,
К. И. Коробков (Казахстан)**

Опыт применения компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову при переломах длинных трубчатых костей и их последствиях

Experience of use of compression-distraction osteosynthesis according to Ilizarov for fractures of long tubular bones and their consequences

В травматолого-ортопедическом отделении 3-ей городской объединенной больницы г. Петропавловска метод Илизарова при лечении больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата применяется с 1980 года. За период 1980-1994 гг. метод чрескостного остеосинтеза был применен у 828 больных.

При лечении переломов плечевой кости аппарат Илизарова применен у 55 больных, переломов костей предплечья - у 95, переломов бедра - у 77, переломов костей голени - у 369. Кроме этого, аппарат Илизарова использовался при переломах и вывихах ключицы, переломах костей кисти и стопы.

Среди больных со свежими переломами у 410 пациентов были закрытые переломы и у 195 - открытые. Последствия переломов в виде нарушения процессов консолидации отмечены у 223 пациентов.

При свежих переломах одномоментная репозиция отломков проводилась с помощью разработанной нами репозиционной приставки, а затем осуществлялась фиксация аппаратом Илизарова. У всех больных на операционном столе восстанавливалась анатомия поврежденного сегмента.

При открытых переломах проводилась первичная хирургическая обработка раны, репозиция и остеосинтез, наложение постоянного промывания антисептическими жидкостями. Сроки фиксации в аппарате колебались от 3-х до 5 месяцев, что зависело от характера, вида перелома и плоскости излома.

При тугоподвижных ложных суставах с утолщенными концами отломков и укорочением конечности применялся закрытый компрессионный, а затем, через 21 день - дистракционный остеосинтез. Сроки фиксации в аппарате колебались от 4-х до 8 месяцев, что зависело от тяжести и характера морфологических нарушений. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 8 месяцев до 12 лет. Положительные результаты из числа больных со свежими переломами получены у 92,7%. Из 223 больных с нарушениями процессов консолидации отличные и хорошие результаты лечения отмечены у 90,2%.

Наш скромный опыт показал, что благодаря восстановлению анатомических соотношений, прочной фиксации отломков, ранней мобилизации больных, чрескостный остеосинтез по Г. А. Илизарову является высокоэффективным методом лечения переломов опорно-двигательного аппарата.

**Ш. А. Баймагамбетов, А. Ж. Абдрахманов
(Казахстан)**

Дистракционный остеосинтез оскольчатых