

**А.Н.Горячев, М. Э. Гегер, В. В. Александрова,
А.Т.Ерофеев, Э. П. Опалева, А.С.Стороженко
(Омск)**

**Аппараты внешней фиксации в лечении повреждений
таза и их последствий**

**Devices for external fixation in treatment of pelvic injuries
and their consequences**

Переломы костей таза, повреждения симфиза и крестцово-подвздошного сустава как по шокогенности в остром периоде, так и по негативным ортопедическим последствиям относятся к тяжелым травмам. Основная ортопедическая задача в остром периоде - устранение всех видов смещений, что подчас является довольно сложной проблемой. Если удастся сопоставить костные отломки и устранить смещения в суставах, оправданы консервативные методы лечения (постоянное вытяжение, гамак, укладки).

Однако при значительных многоплоскостных смещениях, позднем поступлении больных в специализированные отделения, при наличии сопутствующих тяжелых повреждений консервативно не всегда удается добиться желаемого результата. Кроме того, при консервативном ведении возможны вторичные смещения, гипокинезия обременительна и опасна гипостатическими осложнениями.

Клиническая практика выявляет высокую частоту неудовлетворительных исходов лечения повреждений таза. Кроме того, длительные сроки стационарного лечения при консервативных методах увеличивают материальные затраты.

Все выше сказанное побуждает травматологов к поиску новых подходов к решению проблемы. Наиболее перспективным представляется метод внешней фиксации, нашедший в последние годы широкое применение.

Чрескостный остеосинтез при повреждениях таза в клинике травматологии, ортопедии ОГМА применяется с 1991 г.

Мы располагаем отдаленными результатами лечения методом чрескостного остеосинтеза 10 больных с повреждениями таза, у 5 из которых имели место свежие, у 5 - застарелые переломы костей таза. У 6 пациентов, кроме того, имели место переломы сегментов нижней конечности (4), повреждение прямой кишки (1), разрыв мочевого пузыря (1), что усложняло лечение.

Фиксация внешних опор к подвздошным костям спицами не всегда позволяет обеспечить возможность репозиции и достаточную стабильность фиксации заднего полукольца, особенно при застарелых повреждениях, что подтверждается данными В. И. Шевцова, С. И. Шведя, В. М. Шигарева (1995).

Нами изначально использован аппарат внешней фиксации, состоящий из деталей аппарата Илизарова, укрепленных на введенных в передне-боковые отделы таза, как минимум по два стержня, с наружной метрической и внутренней спонгиозной резьбой. Если при повреждениях переднего полукольца применялась довольно простая компоновка со встречно-боковой компрессией двумя параллельно расположенными тягами, то при сложных повреждениях (переломы типа Мальгены) для репозиции и фиксации мы использовали перекрестное расположение тяг и специальные шарнирные узлы, что позволяло добиться большей управляемости отломков и устранять смещения во фронтальной плоскости. При застарелых разрывах лонного сочленения у 5 пациентов выполнено открытое сопоставление, а в качестве дополнительной фиксации использован провололочный шов через запирающие отверстия (у одного больного в сочетании с костной пластикой).

У одного больного с застарелыми повреждениями заднего полукольца и значительным смещением половины таза была выполнена вертикальная остеотомия подвздошной кости, однако полностью восстановить анатомические взаимоотношения не удалось, что, однако, существенно не повлияло на функциональный исход лечения.

Компоновка аппарата подбиралась индивидуально для каж-

дого больного благодаря широким возможностям, заложенным в конструкции аппарата Илизарова. Период фиксации в аппарате длился от 34 до 72 дней в зависимости от тяжести переломов. Воспаление мягких тканей вокруг стержня наблюдалось в 3 случаях. У одного больного воспалительный процесс купирован консервативно, а у двух потребовалось удаление стержней. В дальнейшем этот факт был учтен нами и при прогнозировании необходимости более длительной фиксации в аппарате количество вводимых в кость стержней увеличивалось, что дополнительно повышало жесткость всей конструкции. Исходы лечения у всех больных оценены положительно.

Резюме. При лечении свежих и застарелых повреждений таза со смещением эффективна репозиция и фиксация фрагментов стержневыми аппаратами. Использование для внешних опор деталей аппарата Илизарова делает метод универсальным, доступным для широкого круга травматологов-ортопедов. Технология метода проста и ее более широкое применение в специализированных травматологических отделениях будет способствовать улучшению исходов лечения этих тяжелых повреждений.

**А. С. Денисов, В. А. Кадынцев, А. А. Шихов,
О.Л.Лисов, Л.А.Макаров, И. В. Кадынцев
(Пермь)**

**Перспективы чрескостного остеосинтеза в
реконструктивно-восстановительной хирургии
повреждений опорно - двигательной системы**

**Prospects of transosseous osteosynthesis in reconstructive
and restorative surgery of the locomotor system injuries**

Современную травматологию и ортопедию невозможно представить без использования чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации. Исследования в области компрессионно-дистракционного остеосинтеза, усилиями Г.А.Илизарова и его учеников создали перспективное научное направление. 25-летний опыт применения метода Илизарова в нашей клинике, основанный на результатах лечения более 1000 больных с повреждениями конечностей и их последствиями, показал высокую эффективность метода при более тяжелых переломах: открытых, многооскольчатых, с массивным повреждением мягких тканей и т.д. Малая травматичность метода, возможность управления процессами регенерации, высокая его функциональность выдвинули чрескостный остеосинтез на одно из ведущих мест в ортопедии и травматологии. Особое место и особую значимость метод Г. А. Илизарова приобрел при множественных и сочетанных повреждениях - у крайне тяжелых и ослабленных больных, при наличии серьезных гнойных осложнений. Наибольшее распространение метод чрескостного остеосинтеза в реконструктивно-восстановительной хирургии получил при локализации травмы в области голени, где его частота при неблагоприятном течении травмы достигает 50%, а при значительных дефектах костей получил наибольшее распространение. В то же время, метод находит ограниченное применение при переломах в области предплечья и бедра, где, по данным сравнительной оценки отдаленных результатов, не выявлено значительных преимуществ перед погружным остеосинтезом, а фиксация спице-стержневыми аппаратами переломов бедра представляется более перспективной. Дальнейшее развитие метода нам представляется в разумном и грамотном его сочетании с другими традиционными и новыми современными способами лечения. Например, выгодно использовать погружной чрескостный остеосинтез для скрепления крупных отломков при многооскольчатых переломах, а стабилизацию сломанного сегмента осуществить аппаратом Илизарова. Не менее перспективно лечение тяжелых открытых переломов с большими дефектами мягких тканей, когда наряду с чрескостным остеосинтезом и реализацией "эффекта Илизарова" применяются