

Нами накоплен опыт лечения чрескостным остеосинтезом 1000 пациентов, из которых у 15 возникли ятрогенные повреждения артерий спицами, и 26 пациентов, у которых повредилась вена. Все повреждения вен купированы комплексом консервативных мероприятий, у 3 пациентов произведена перевязка артерий, у 9 - выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия пораженных сосудов. Пункцировалась бедренная артерия по Сельдингеру, выполнялась диагностическая ангиография, затем эмболизация с последующей оценкой ее эффективности. Во всех случаях удалось сохранить жизнеспособность конечностей, избежать ампутаций. Больные прослежены через 6 лет, развилась адекватная сеть коллатералей, трофических ангионевротических расстройств нет.

Таким образом, метод рентгенэндоваскулярной окклюзии поврежденных сосудов в ортопедической практике высоко эффективен, малотравматичен, органосохраняющ, быстр по времени выполнения.

С. М. Кутепов (Екатеринбург)

Место внеочагового остеосинтеза в лечении пострадавших с тяжелой травмой таза

Position of extrafocal osteosynthesis in the treatment of victims with severe pelvic trauma

В настоящее время все виды лечения переломов костей таза, в том числе и переломов вертлужной впадины, можно разделить на 3 группы:

1. Консервативное лечение с использованием скелетного вытяжения или без такового.
2. Открытая репозиция и внутренняя иммобилизация.
3. Внешняя фиксация аппаратами внеочагового остеосинтеза.

Применение любого метода во многом зависит от правильного понимания лечащим врачом характера мышечно-скелетного повреждения, имеющегося у больного. Возможно сочетание того или иного метода лечения на различных этапах лечения (хотя, в конечном результате, будет применен один из перечисленных методов). Отсутствие единой классификации повреждений таза, которой бы придерживались в России, не позволяет как-либо унифицировать хирургическую тактику в лечении переломов костей таза. С целью определения места внешней фиксации при лечении переломов костей таза было проанализировано 658 больных с такими повреждениями за период с 1958 по 1995 годы. При анализе материала мы пользовались известной классификацией М.Тилл с соавт.(1984), в которой повреждения тазового кольца разделены на стабильные, нестабильные и смешанные. В то же время, в группе смешанных повреждений имеются подгруппы: сложных повреждений, сочетанных с повреждением вертлужной впадины и двухсторонних крестцово-подвздошных вывихов с неповрежденной передней дугой.

Лечение переломов костей таза зависело от характера повреждений и вида переломов, учитывались такие факторы, как время с момента травмы (доставлен больной с места травмы или переведен из другого учреждения), сопутствующие повреждения и гемодинамический статус пациента. В зависимости от состояния больного производили экстренную внешнюю фиксацию, вытяжение или открытую репозицию и внутреннюю фиксацию (ОРВФ).

Недостаточная эффективность лечения больных с переломами костей таза консервативными методами, тяжелые операции при внутренней фиксации переломов способствовали развитию внешней фиксации переломов с помощью различных аппаратов. В Уральском НИИТО в последнее десятилетие началась разработка нового аппарата, исключая недостатки ранее существующих (патент № 1811386 и № 2035898). Необходимо отметить, что применение аппаратов собственной конструкции позволяет не только стабилизировать костные отломки, что играет немало-

важную роль в проведении комплекса мероприятий, направленных на борьбу с шоком, а также за счет управляемой репозиции как на операционном столе, так и в послеоперационном периоде, максимально достичь удовлетворительного стояния отломков.

Внешняя фиксация новыми аппаратами проводилась пациентам:

1. с повреждением передних связок и сакротуберального, сакроспинального комплекса в экстренном порядке (в пределах первых 24 часов после травмы);
2. с повреждениями, включающими полный перерыв заднего отдела тазового кольца;
3. с переломами и переломовывихами вертлужной впадины.

Исключения для экстренной внешней фиксации:

- больные с изолированными переломами края вертлужной впадины, требующими ОРВФ, а также переломами дна вертлужной впадины без смещения отломков;
- больные, которым по характеру повреждений следовало выполнить экстренную внешнюю фиксацию, лечились консервативно (вытяжение/отложенная ОРВФ), если они переводились из другого лечебного учреждения, имели стабильную гемодинамику спустя более, чем 24 часа после травмы, и нуждались только в небольшой гемотрансфузии, или вообще в ней не нуждались.

Вытяжение использовалось как первичный метод при необходимости лечения сопутствующих повреждений опорно-двигательного аппарата или как временная мера при лечении нестабильности задних отделов тазового кольца, когда не могло быть достигнуто удовлетворительное вправление заднего смещения.

И. И. Мартель (Курган)

Ошибки и осложнения при лечении больных с тяжелыми открытыми переломами костей голени по Илизарову

Mistakes and complications in the treatment of patients with severe open fractures of leg bones according to Ilizarov

При анализе лечения 73 пострадавших с тяжелыми открытыми переломами костей голени по Илизарову были выявлены 8 видов ошибок, подразделенных нами на тактические и лечебные.

Тактическими ошибками считали:

- задержку с осуществлением и некачественное проведение хирургической обработки открытого перелома;
- применение для замещения дефекта большеберцовой кости методики последовательного монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза при нарушении трофики в зоне перелома;
- стремление достичь репозиции отломков большеберцовой кости в ущерб благоприятным условиям для заживления ран мягких тканей.

Лечебные ошибки, как правило, допускались при нарушении правил проведения спиц через кость и мягкие ткани, нарушении правил центрации отломков в кольцевых опорах, недостаточной обработке концов отломков большеберцовой кости, создающей их неконгруэнтность и несоблюдение методики послеоперационного ведения больных. Так, при неполноценно проведенной хирургической обработке открытого перелома у 14 больных возникло нагноение ран, в том числе - с развитием остеомиелита (9), потребовавшее секвестр-некрэктомию с замещением дефекта тканей. Применение у 2 пациентов метода монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза для замещения дефекта большеберцовой кости в условиях нарушения трофики в зоне "повреждения" обусловило низкую активность костеобразования в этой зоне и потребовало применения метода комбинированного биллокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Стремление достичь хоро-