

шей репозиции отломков большеберцовой кости в ущерб благоприятным условиям для заживления поврежденных мягких тканей у 5 пострадавших способствовало некрозу мягких тканей, потребовало некрэктомии и пластики раневой поверхности и, в конечном итоге, не повлияло на результат лечения, однако увеличило сроки сращения отломков.

У 8 пациентов проведение спиц без учета повреждения мягких тканей привело к увеличению сроков репозиции костных отломков - 2 пострадавших, а у 6 больных потребовалось перепроведение спиц.

Перечисленные ошибки, допущенные на разных этапах лечения, привели у 29 больных к различным осложнениям. Поверхностный некроз кожи вокруг ран наступил у 15 пациентов (20,5%) и потребовал некрэктомии и пластики раневой поверхности расщепленным кожным лоскутом у 13 больных, а в 2-х случаях - местными тканями. У 14 пострадавших (19,2%), поступивших в клинику с инфекционными явлениями в мягких и костной тканях, обусловленных тяжестью повреждений, поздней и неполноценной хирургической обработкой открытого перелома, развилось нагноение ран, в том числе - с развитием остеомиелита в 9 случаях (12,3%): крупных осколков (4) и конечного (5), потребовавшее санации патологического очага путем некрэктомии и секвестрнекрэктомии и замещения образованных дефектов тканей, а заживление ран во всех случаях завершилось вторичным натяжением.

Вместе с тем, в наших наблюдениях отмечены и осложнения, характерные для методов, где используются спицы - воспаление мягких тканей вокруг спиц - в 10 случаях, потребовавшие дополнительных методов лечения (физио-, антибактериальная терапия, общехирургическое и т.д.) или перепроведение спиц и на окончательные результаты лечения существенно не повлиявшие. Таким образом, встретившиеся ошибки и осложнения были своевременно диагностированы и устранены и на окончательные исходы лечения, как правило, не влияли.

**А. Г. Мельников, В. Б. Хареба, В. А. Куркин
(Ревутово)**

Замещение огнестрельных дефектов костей конечностей

A new method of joint formation and structural peculiarities of modelled articular surface tissue

Проблема лечения посттравматических огнестрельных дефектов длинных трубчатых костей является актуальной. Восстановление целостности костей позволяет не только сохранить конечность, но и восстановить ее функцию. Несмотря на достигнутые успехи в современной травматологии количество неудовлетворительных результатов остается значительным. С наибольшей остротой эта проблема встала в связи с ведением боевых действий в Чечне.

В травматологическом отделении Главного военного клинического госпиталя ВВ МВД РФ за последние 5 лет лечилось 26 раненых с дефектами длинных трубчатых костей. Возраст лечившихся - от 18 до 35 лет. Локализация дефектов была следующей: большеберцовая кость - 11, бедренная - 6, плечевая - 3, кости предплечья - 5, стопа - 1. Величина дефектов диафизов костей, образовавшихся после огнестрельных ранений, составила от 3 до 21 см, из них у 11 больных - небольшие дефекты, от 3 до 6 см, у 10 больных - дефекты средней величины, от 7 до 10 см и у 5 больных - большие дефекты, от 10 до 21 см.

Дефект костной ткани возникает, как правило, при разрушающем действии огнестрельного снаряда или в результате хирургических обработок с удалением явно нежизнеспособных костных отломков и после повторных секвестрнекрэктомий. Для замещения дефектов костной ткани существует много различных методов лечения, однако при огнестрельных дефектах из-за развивающегося воспаления тканей и нали-

чия дремлющей инфекции применение большинства методов противопоказано в ближайшем послеоперационном периоде, что значительно удлиняет сроки лечения.

При дефектах длинных трубчатых костей нижних конечностей была применена методика биллокального остеосинтеза в аппарате Илизарова. Остеотомия для формирования промежуточного фрагмента производилась из небольших разрезов, как правило, поперечная. Перемещение промежуточного фрагмента начинали на 5-7 сутки с режимом distraction по 1 мм в сутки до полного замещения дефекта. Зрелость регенерата оценивалась рентгенологически.

Замещение дефектов костей верхних конечностей производилось аутокостью с последующей иммобилизацией в течение 3-4 месяцев.

Наши наблюдения подтверждают целесообразность радикального удаления свободных костных отломков, резецирования нежизнеспособных концов отломков при огнестрельных переломах во время хирургических обработок, что является мерой профилактики развития гнойных осложнений.

Методика биллокального остеосинтеза позволяет достичь полного замещения дефектов длинных трубчатых костей, в том числе и обширных. Данная методика является методом выбора при лечении огнестрельных дефектов длинных трубчатых костей.

К. К. Нигматуллин, Р. Я. Хабибьянов (Казань)

ЧКОС при лечении смещенных переломов костей таза

Transosseous osteosynthesis for treatment of displaced fractures of pelvic bones

В нашем центре за 20 лет было пролечено 208 больных с переломами костей таза. Из них в 40% случаев были сделаны оперативные вмешательства винтами, пластинами, спицами и упором и аппаратами внешней фиксации.

При анализе отдаленных результатов лечения отмечены осложнения в виде ложных суставов лонных и седалищных костей, артрозов крестцово-подвздошных, лонного сочленений и тазобедренного сустава. В ряде случаев изменение статистики при смещении половины таза привело к нейрососудистым нарушениям в нижней конечности.

Высокий процент осложнений связан с запоздалой диагностикой, тяжестью сопутствующих повреждений, видом перелома и смещением отломков костей таза. Фактором, приводящим к отрицательным исходам лечения (40-50 %) в случае открытого оперативного вмешательства, является дополнительное нарушение кровоснабжения головки бедренной кости, приводящее к аваскулярному некрозу ее с развитием тяжелого деформирующего артроза.

Вышеуказанное безусловно диктует необходимость своевременной и качественной диагностики повреждений и адекватных травме способов и методов оперативного вмешательства, обеспечивающих достаточную репозицию, надежную фиксацию с ранней активизацией больного.

Наиболее оптимальным при лечении таких повреждений является метод Г. А. Илизарова, примененный нами в 32 случаях (при переломах крестцовой кости, разрывах крестцово-подвздошных и лонного сочленений, центральных вывихах бедра, чрезвертлужных переломах и переломовывихах области тазобедренного сустава).

Мы убедились, что сформированная опора на крыле или крыльях подвздошных костей, чрескостными элементами которой являются только спицы, не обеспечивает достаточной жесткости фиксации. Для достижения надежности крепления опор устанавливаем дополнительно стержни в надацетабулярную область. Использование стержней позволяет применять различные кронштейны и пластины из комплекта аппарата Илизарова для формирования опор с расположением их в большей мере по передне-наружным поверхностям таза, что обеспечивает хорошую репозицию в созданной жесткой внешней системе с максимально воз-