

вых подходов к лечению данной категории больных. Лечение повреждений скелета, в частности, переломов вертлужной впадины у таких больных представляет собой сложную задачу. Тяжелое общее состояние больного, связанное с травматическим шоком, повреждением внутренних органов, вынуждает отказаться от травматичных оперативных вмешательств на скелете. В то же время, отсутствие ранней адекватной репозиции и фиксации переломов вертлужной впадины и тазового кольца является одной из причин длительной нестабильности состояния больного, значительно увеличивает сроки возможной реабилитации, а задержка репозиции на срок более трех недель делает неэффективным любые попытки восстановления анатомии вертлужной впадины. Анализу подверглись истории болезни 12 больных в возрасте от 20 до 68 лет с переломами вертлужной впадины, лечившихся в Уральском НИИТО в период 1990-1995 гг. Все больные имели множественные или сочетанные повреждения и поступили в клинику в неотложном порядке в течение первых трех суток после травмы.

У 7 больных переломы вертлужной впадины сочетались с тупой травмой живота (разрыв мочевого пузыря - 4 случая, разрыв селезенки - 2 случая, разрыв брыжейки кишечника - 1 случай) и, кроме этого, имелись переломы других локализаций, легкая черепно-мозговая травма, переломы ребер (гемопневмоторакс - 2 случая). У 5 больных переломы вертлужной впадины сочетались с множественными переломами других сегментов, из них в 3 случаях имела легкая черепно-мозговая травма и переломы ребер. Десять больных, поступивших в клинику в первые сутки после травмы, находились в шоке II - III степени. У одного больного были переломы заднего края вертлужной впадины с обеих сторон, перелом одной колонны был у 3 больных, поперечный или Т-образный перелом был у 5 пострадавших, и у 3 больных был перелом обеих колонн вертлужной впадины. Во всех случаях имелось смещение отломков таза и головки бедра. Для чрескостного остеосинтеза использовали разработанный нами аппарат внешней фиксации (патент № 2035898, 1993). Аппарат обеспечивает надежную фиксацию отломков, позволяет управлять положением половин таза, положением бедра, создает тягу по оси бедра и по оси шейки бедра, возможно создание движений в тазобедренном суставе. Применение в конструкции унифицированных деталей аппарата Г. А. Илизарова позволяет компоновать аппарат в зависимости от целей лечения в полном и упрощенном варианте, а также производить поэтапный его монтаж, что позволяет использовать аппарат как в качестве основного метода лечения, так и в качестве временной экстренной фиксации перелома и вправления вывиха бедра. Операция наложения аппарата у 6 больных проведена в экстренном порядке при поступлении, у 6 пациентов - в сроки до трех недель после травмы. В 4 случаях произведен двухэтапный остеосинтез, у 2 больных чрескостный остеосинтез в плановом порядке был дополнен открытой репозицией и фиксацией винтами перелома заднего края вертлужной впадины. Фиксация, в зависимости от вида перелома, продолжалась от 1,5 до 3 месяцев. Лечение закончено у 10 больных, двое продолжают лечение. Отдаленные результаты в сроки от 1 года и более прослежены у 8 пациентов: у 6 они оценены как хорошие, у 2 - как удовлетворительные. Экстренная фиксация перелома вертлужной впадины предложенным аппаратом у больных с множественной и сочетанной травмой способствует ранней стабилизации общего состояния больного, позволяет заниматься повреждениями других систем, не опасаясь вторичных смещений при мобилизации больного. Особенности конструкции не препятствуют проведению экстренных операций на брюшной полости и позволяют проводить поэтапный комбинированный закрытый и открытый остеосинтез вертлужной впадины.

А. А. Сафронов, С. А. Павловичев (Оренбург)

Лечение открытых переломов при политравме

Treatment of open fractures in multiple trauma

В настоящее время во всем мире лечение политравмы является одной из самых актуальных проблем [В. В. Бодулин, 1995], при этом открытая травма встречается все чаще. Множественность повреждений, шок, кровопотеря, ранения сосудов и нервных стволов, обильное загрязнение ран при открытых множественных переломах и сочетанных повреждениях дают высокий процент осложнений, инвалидизации больных. И если при закрытых повреждениях при политравме возможны консервативные методики лечения переломов, то наличие открытого повреждения требует экстренного хирургического вмешательства. При этом выбор рационального скрепителя кости является весьма актуальным. В клинике травматологии Оренбургской медицинской академии за последние три года мы наблюдали 114 больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей при политравме. Согласно классификации А. В. Каплана и Г. Н. Марковой переломы I типа наблюдались у 13 (11,4%), II типа - у 28 (24,6%), III-IV - у 73 пациентов (64%). Открытые переломы бедра были у 24, голени - у 51, предплечья - у 6, плеча - у 7 пострадавших, комбинация открытых переломов различных сегментов конечностей наблюдалась у 26 больных. Преобладание открытых повреждений нижних конечностей и обширность повреждения мягких тканей были связаны с тем, что причиной политравм в 78% наблюдений были автокатастрофы. В состоянии шока различной степени тяжести были доставлены 75,4% больных. При поступлении в клинику пациентам проводилась противошоковая терапия. При травмах черепа, груди, живота, при необходимости, выполнялись экстренные оперативные вмешательства. По выведении из шока всем больным с открытыми переломами проводилась первичная хирургическая обработка ран, заканчивающаяся наложением первичного глухого шва, при необходимости применялось пластическое закрытие ран. Во всех случаях устанавливался вакуум-дренаж. При переломах голени у всех больных был использован остеосинтез по Илизарову. При околосуставных и оскольчатых диафизарных переломах бедра в 16 случаях произведен внеочаговый остеосинтез. Все переломы плеча фиксировались аппаратом Илизарова. В случаях, когда тяжесть состояния больного не позволяла выполнить первичный стабильный остеосинтез, отломки перелома фиксировали двумя-тремя спицами в крайних кольцах аппарата Илизарова. По улучшению состояния больного и заживлению раны проводились дополнительные спицы.

А. Б. Слободской (Вольск)

Лечение огнестрельных ранений костей конечностей

Treatment of gunshot injuries of limb bones

В 1947 году известный хирург М. Н. Ахутин писал: "...шок при огнестрельных переломах костей конечностей конкурирует по тяжести и частоте с ранениями груди. анаэробная инфекция в 4 раза превышает общую частоту анаэробных осложнений и дает наиболее высокую смертность". Нами проведен анализ лечения 198 раненых с огнестрельными переломами (ОП) в госпитале г. Моздока в январе-феврале 1995 года (172 раненых) и в 16 Центральном Военно-Специализированном Госпитале МО РФ (26 раненых), в этом же году.

По локализации наиболее часто встречались раненые с переломами костей голени - 43,4%, предплечья - 14,1%, бедра - 12,6%. Несколько реже - другие локализации: кисть - 11,1%, плечо - 10,1%, стопа - 8,7%. Изолированные переломы наблюдали в 72,1% случаев, множественные - в 6,1%,

сочетанные повреждения - в 21,5%. Раненые с ОП составили 30,7% от общего числа пострадавших. Тяжелые многооскольчатые, фрагментарные переломы были у 79,4% пострадавших, из них у 9,9% - с дефектом кости на протяжении. Практически у всех раненых отмечались обширные повреждения мягких тканей, причем у 17,3% - с обширным дефектом. Травматический шок диагностирован у 14,7% раненых, кровопотеря в объеме более 30% ОЦК - у 29,1%.
Лечебная тактика, а также объем помощи пострадавшим с ОП, зависели в 1-ю очередь от количества раненых, одновременно поступавших в госпиталь г. Моздока. Данная категория раненых поступала в операционную во-вторую очередь, за исключением пострадавших с наложенным жгутом и продолжающимся кровотечением. ПХО раны проводилась по общепринятой методике. На бедре и голени обязательно выполнялась фасциотомия. Рана дренировалась силиконовой трубкой. На кожу накладывались наводящие швы и маевая повязка. Вопрос о методе фиксации перелома решался в каждом случае индивидуально. Когда позволяли силы и средства, а также имелось необходимое для этого время, выполнялся чрескостный остеосинтез по Г.А.Илизарову (17,4%). В остальных случаях иммобилизация проводилась гипсовыми лонгетами и повязками. При наличии явных признаков нежизнеспособности конечности, а также наличии жгута, наложенном более 2-х часов - конечность ампутировалась (12,7%). На 2-3 сутки после операции раненые эвакуировались, поэтому проследить за их дальнейшей судьбой не представилось возможным.
Лечение 26 раненых с ОП в 16 ЦВСГ было несколько иным, что позволяли имеющиеся в госпитале силы и средства. Оно складывалось из следующих кардинальных позиций:

1. Хирургическая обработка раны (независимо от того, выполнялась ли она на предыдущем этапе), некрэктомия, фасциотомия, инфильтрация мягких тканей раствором антибиотиков, наложение первичных швов;
2. Приточно-аспирационное дренирование в течении 2-3 суток;
3. Хирургическая обработка завершалась в 100% случаях наложением аппарата Илизарова;
4. Комплексное медикаментозное лечение, включающее кровезаменители, препараты крови, антибиотики, метрогил, иммуномодуляторы и другие препараты;
5. Сеансы ГБО, УФО, аутокрови. Плазмозорез, ФТЛ, ЛФК, массаж. Раны зажили первичным натяжением у всех 26 пострадавших. Средний срок лечения составил $68,3 \pm 9,7$ суток. Воспаление мягких тканей вокруг спиц наблюдали у 10 раненых (38,5%). Других осложнений не было. На момент выписки из госпиталя хорошие функциональные результаты были у 24 раненых (92,3%), удовлетворительные - у 2-х (7,7%).

Таким образом, хороших результатов при лечении огнестрельных переломов костей можно ожидать только при комплексном лечении, полноценно сочетающем хирургическую и консервативную терапию. Кардинальным моментом является выполнение чрескостного остеосинтеза по Г.А.Илизарову. К сожалению, последний часто невозможен даже на этапе специализированной помощи, при отсутствии необходимых сил и средств, а также условий и времени для его выполнения.

А. Б. Слободской (Вольск)

Первый опыт применения метода Г. А. Илизарова в травматологическом отделении 16 Центрального военного специализированного госпиталя

Maiden experience of the Ilizarov method use in the traumatologic department of the central military specialized hospital

Метод Г. А. Илизарова, первое сообщение о котором появилось более 40 лет назад, находит в последнее время все

больше сторонников. Первая операция чрескостного остеосинтеза произведена в травматологическом отделении 16 ЦВСГ МО РФ в 1993 году. С этого времени подобных операций выполнено 107 у 102 больных травматологического и ортопедического профиля. Первый анализ столь скромного опыта, позволяет судить о его высокой эффективности. Внедрение метода Г. А. Илизарова позволило принципиально изменить как лечебную тактику, так и брать на лечение больных со сложной ортопедической патологией и заболеваниями артерий конечностей. Сроки стационарного лечения больных с переломами длинных трубчатых костей сократились в $1,8 \pm 0,2$ раза, а с переломами других костей - в $1,5 \pm 0,1$ раза.

Таблица 1
Методы лечения больных до- и после внедрения метода Г.А.Илизарова

Методы лечения нозологические формы	Гипсовая повязка	Закрепленная репозиция + гипсовая повязка	Скелет. Вытяжен. + гипсов. Повязка	Погружн. Остеосин.	Чрескостн. Остеосин.	Всего
Переломы длин. трубчат. костей	2/4	-/4	51/-	6/14	-/72	59/94
Переломы других костей	27/16	33/20	-/-	41/17	-/19	101/72
Деформации, дефекты костей, ложные суставы	-/-	-/-	-/-	-/-	-/6	-/6
Облитерирующие заболевания артерий	-/-	-/-	-/-	-/-	-/10	-/10

в числителе 1990-1992 гг., в знаменателе 1993-1995 гг.

Имеющие место осложнения в лечении больных представлены в табл. 2.

До применения метода чрескостного остеосинтеза по Г.А.Илизарову после тяжелых травм из рядов ВС было уволено 11 военнослужащих. После внедрения - ни одного. Таким образом, внедрение метода чрескостного остеосинтеза по Г. А. Илизарову позволило не только значительно повысить эффективность лечения больных травматологического и ортопедического профиля, но и исключить увольняемость из рядов Вооруженных Сил после тяжелых травм опорно-двигательного аппарата.

Таблица 2
Осложнения при лечении больных методом чрескостного остеосинтеза и методом погружного остеосинтеза (абсолютные числа)

	Осложнения	Чрескостный остеосинтез	Погружной остеосинтез
1.	Воспаление вокруг спиц	11	-
2.	Воспаление мягких тканей требующих удаления металлоконструкций	-	4
3.	Остеомиелит	-	2
4.	Прорезывание спиц	4	-
5.	Вторичное смещение отломков	-	3
6.	Замедленная консолидация	1	4
7.	Несращение перелома	-	2
8.	Неудовлетворительные функциональные результаты	-	9
	Всего	16	24

К. К. Стэльмах (Екатеринбург)

Применение компрессионно-дистракционного остеосинтеза у больных при восстановлении тазового кольца

Use of compression-distraction osteosynthesis for restoration of pelvic girdle in patients

Среди травм опорно-двигательного аппарата нестабильные