

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. Плазмозофорез, 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