

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	Гип-совая повязка	Зак-рытая репозиция + гип-совая повязка	Скелет. Вытя-жен. + гип-сов. Повязка	Пог-ружн. Остео син.	Чреск остн. Остео син.	Всего
Переломы длин. трубч. кости	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 метал-локонструкций	-	4
3.	Остеомиелит	-	2
4.	Прорезывание спиц	4	-
5.	Вторичное смещение отломков	-	3
6.	Замедленная консоли-дация	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

множественные переломы костей таза занимают особое место в связи с тяжестью состояния пострадавших в остром периоде, трудностями выбора метода лечения, длительной потерей трудоспособности с частым выходом на инвалидность.

Среди тяжелых повреждений таза наиболее часто встречаются переломы типа Мальгенья, разрывы переднего и заднего полукольца, переломы вертлужной впадины, множественные переломы тазовых костей. Проведенный нами ретроспективный анализ результатов лечения 833 больных с переломами таза позволил установить, что тяжелые повреждения таза составили 57,5%. Целью настоящего исследования является разработка рациональной тактики лечения пострадавших с тяжелой травмой таза. Одним из перспективных направлений в лечении тяжелых повреждений таза является метод чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации. Преимущества данного метода перед методами открытой репозиции: малая травматичность, отсутствие кровопотери, возможность репозиции отломков в динамике и ранней активизации пострадавших.

С 1989 года в УНИИТО для лечения переломов костей таза применяется предложенный нами спице-стержневой компрессионно-дистракционный трехплоскостной аппарат (патент № 1811386, 1993; Кутепов С.М., Минеев К.П., Стальмах К.К., Шлыков И.Л.), который позволяет проводить управляемую репозицию, надежную фиксацию костных отломков, обеспечивает раннюю активизацию пострадавших. Для лечения повреждений вертлужной впадины нами предложен компрессионно-дистракционный аппарат (положительное решение о выдаче патента № 5065538/14/045431 от 27.02.95; Кутепов С.М., Минеев К.П., Стальмах К.К.). На основе анализа лечения 61 больного с переломами костей таза нами уточнены показания к закрытому чрескостному остеосинтезу:

- 1) нестабильные повреждения тазового кольца с нарушением его непрерывности;
- 2) переломы, переломо - вывихи тазобедренного сустава;
- 3) сочетанные и множественные повреждения костей и соединений тазового кольца.

Чрескостный остеосинтез переломов костей таза проводился при компенсированном состоянии пострадавших в условиях стабилизации гемодинамических, биохимических и гематологических показателей. Наложение аппаратов внешней фиксации для восстановления тазового кольца в раннем посттравматическом периоде осуществлено у 23 пострадавших с тяжелыми сочетанными и множественными переломами костей таза, у 18 больных с переломами вертлужной впадины, у 20 пострадавших с застарелыми повреждениями таза в сроки от одного до трех месяцев после травмы. Травматический шок (в основном второй степени) отягощал состояние у 45,3% пострадавших. Стабильность тазового кольца и отсутствие болей являются показаниями для снятия аппарата. Аппарат с тазобедренного сустава снимаем через 8 недель, с тазового кольца при повреждениях крестцово-подвздошных и лонного сочленений - через 12 недель. Средний срок госпитализации составил 49 ± 6 дней (при сочетанных переломах - до 86 дней). Средний срок сращения переломов костей таза составил 8,2 недели. Временная инвалидность второй группы определена у 25% пострадавших, постоянная - у 7,8%. У всех пострадавших в ближайшем и отдаленном периодах травматической болезни отмечен благоприятный исход лечения. Отдаленные результаты прослежены в 17 случаях застарелых травм таза. У 16 больных получены хорошие анатомические и функциональные результаты. Неудовлетворительный исход отмечен в одном случае.

Таким образом, применение новых моделей трехплоскостных спице-стержневых компрессионно-дистракционных аппаратов позволило улучшить результаты лечения больных с тяжелой травмой таза, уменьшить выход на инвалидность в 2,4 раза, снизить процент осложнений в 3 раза.

И. В. Тофан, Л. Н. Якунина (Молдова)

Использование эффекта Илизарова в практике пластической хирургии

Use of the Ilizarov effect in practice of plastic surgery

При кожной пластике стеблем Филатова или итальянским методом основным моментом является система иммобилизации донорского и воспринимающего сегментов конечностей. Эта иммобилизация осуществляется импровизированными гипсовыми повязками, которые не обеспечивают стабильную фиксацию и создают большие затруднения в уходе за больным и операционной зоной, в фиксированных суставах образовывались контрактуры.

Для предотвращения перечисленных неудобств нами на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Кишиневского медицинского университета разработано несколько способов фиксации донорского и воспринимающего сегментов аппаратом Илизарова.

При замещении дефекта мягких тканей голени стеблем Филатова необходима фиксация предплечья к голени. Для этого, после отсечения ножки стебля от передней стенки живота, через кости предплечья и голени проводятся по 2 пары перекрещивающихся спиц Киршнера, на которые монтируют аппараты Илизарова из 2 колец. Эти аппараты фиксируются между собой различными металлическими приспособлениями в удобном положении конечностей для хорошей адаптации пластического материала на дефекте голени.

При открытом переломе костей голени с наличием дефекта мягких тканей проводится остеосинтез костей голени аппаратом Илизарова из 4-х колец, к которому подсоединяется аппарат, наложенный на предплечье.

При дефекте мягких тканей или рубцовых деформациях нижней трети голени или стопы применяется пластика итальянским способом. Кожный лоскут берется с передней поверхности противоположного коленного сустава. При этом фиксация нижних конечностей проводится аппаратами Илизарова - один на донорский сегмент - нижняя треть бедра и верхняя треть голени, второй - на средне-нижнюю треть голени воспринимающего сегмента.

Благодаря применению аппарата Илизарова в пластической хирургии достигается: стабильная иммобилизация донорского и воспринимающего сегментов; создаются оптимальные условия для приживления распластанных стеблей или сформированных лоскутов, свободный доступ к послеоперационной зоне; обеспечивается качественный уход за стеблем и раной, возможность осуществления определенных движений в плечевом, локтевом, коленном и голеностопном суставах, что важно для профилактики контрактур.

**Д. И. Фаддеев, Е. Г. Чукин, Н. А. Кинос,
А.В.Быстрыков, И.М.Лединников (Смоленск)**

Чрескостный остеосинтез по Илизарову при переломах длинных трубчатых костей и их неблагоприятных последствиях в клинике травматологии Смоленской городской больницы скорой медицинской помощи

Transosseous osteosynthesis according to Ilizarov for
fractures of long tubular bones and their unfavourable
consequences in the traumatologic clinic of the Smolensk
municipal hospital of emergency medical treatment

За последние 17 лет (1979-1995) чрескостный остеосинтез по Илизарову произведен в клинике 927 раз на всех сегментах (голень - 606, бедро - 138, плечо - 67, предплечье - 77, стопа - 33, кисти - 7) у 804 пострадавших в возрасте от 4,5 до 86 лет, среди которых преобладали (71,8% - 577) мужчины. Изолированные переломы трубчатых костей (ДТК) были у 414 (51,5%), множественные (90) и сочетанные (135) - у 225 (28,0%) и неблагоприятные последствия переломов ДТК - у