

© Н.Н. Смелышев, 1996.

## **Госпиталь «ТАИЗ» в Йемене приступил к лечению больных методом Илизарова (практический опыт)**

**Н.Н. Смелышев**

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган  
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Дан анализ начальной деятельности коммерческой ортопедо-травматологической клиники в Республике Йемен. За исследуемый период оперировано 135 больных. Преобладающее большинство пациентов - с врожденной патологией и остаточными явлениями полиомиелита. Высокая плата за пребывание в стационаре, специфика быта, жаркий климат, низкая общая культура населения определяли особенности лечения. Прежде всего это сужение показаний для чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова и расширение их для применения погружных конструкций и гипсовой повязки. Успешно применялись комбинированные спице-стержневые аппараты. В условиях коммерческой клиники пришлось отказаться от лечения пациентов с хроническим остеомиелитом.

Ключевые слова: чрескостный остеосинтез, аппарат Илизарова, опыт применения в Йемене.

В 1994 году в республике Йемен создан совместный специализированный госпиталь "Та-из" для внедрения в лечебную практику методик чрескостного остеосинтеза, разрабатываемых в РНЦ "ВТО" и лечения больных на коммерческой основе.

Цель настоящего сообщения - поделиться опытом лечения методом, который в Йемене практически не знают, и рассказать об особенностях его применения. Особенности эти обусловлены следующим: по финансовым соображениям срок пребывания пациента в стационаре не должен превышать двух недель (в среднем - 7 дней). Второе то, что стандартный аппарат с дугами на бедро наложить нельзя, местные жители дома спят на полу, о специальной укладке для больных с аппаратом на бедре не может быть и речи. И самое главное то, что метод требует осмысленного участия в лечебном процессе самого больного, а это, в силу низкой общей культуры населения, зачастую невозможно. Отсутствие элементарных санитарно-гигиенических условий в быту, жаркий климат, песчаные бури также сужают показания для применения аппарата Илизарова и расширяют их для применения погружных конструкций и гипсовой повязки.

При длительном лечении аппаратом требуется удаление спиц, проведение новых, перемонтаж аппарата и другие манипуляции, иногда в

операционной под наркозом. Каждый раз это является предметом финансовых споров, так как пациенты оплачивают стоимость этих манипуляций отказываются.

За период с октября 1994 года по май 1995 года в стационаре лечилось 135 больных в возрасте от 2 до 60 лет (табл. 1).

Таблица 1  
Распределение больных по возрасту

| Возраст       | до 5 лет | 6-10 лет | 11-15 лет | 16-20 лет | 21-40 лет | 41-60 лет | Всего |
|---------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Число больных | 14       | 29       | 21        | 16        | 34        | 21        | 135   |

Из таблицы видно, что преобладали больные в возрасте до 40 лет, а из них большую часть (56,1%) составляли дети и подростки.

Причиной госпитализации 41 больного была острая травма. 32 - последствия травм, 49 - ортопедические заболевания, 13 - инородные тела.

Среди больных с острой травмой распределение по локализации и характеру повреждений приведено в таблице 2.

Один больной был госпитализирован по поводу повреждения сухожилий пальцев, из 40 человек с различными переломами половина была с переломами бедра, у одного имелись переломы обоих бедер.

Таблица 2  
Распределение больных по локализации и характеру повреждений

| Локализация перелома | Характер повреждения и число наблюдений |          | Всего |
|----------------------|-----------------------------------------|----------|-------|
|                      | закрытые                                | открытые |       |
| Бедро                | 17                                      | 4        | 21    |
| Голень               | 5                                       | 2        | 7     |
| Плечо                | 3                                       | 3        | 6     |
| Предплечье           | 3                                       | -        | 3     |
| Другая локализация   | 4                                       | -        | 4     |
| Итого                | 32                                      | 9        | 40    |

По указанным выше причинам на бедре аппарат Илизарова применялся только при переломах в нижней трети. При открытых оскольчатых переломах в средней трети применялся комбинированный спице-стержневой аппарат, когда в проксимальный отломок вводили винт-стержень с диафизарной накладкой, наkostная пластина, интрамедуллярный штифт, серкляж. Таким образом, из 21 перелома бедра аппаратом Илизарова лечено только 6. А вот все переломы голени, предплечья и большая часть переломов плеча лечились аппаратом Илизарова и только 2 перелома плеча в верхней трети - комбинированным спице-стержневым аппаратом. Всего в группе больных с травмами аппарат Илизарова применялся у половины. Все ближайшие результаты лечения у этих больных хорошие.

Среди больных с последствиями травм причиной обращения были чаще всего неправильно срастающиеся и неправильно сросшиеся переломы. Из 27 таких больных 19 лечились методом Илизарова, остальные 8 (из них 4 с повреждениями менисков) традиционными методами. Все больные с последствиями травм выписывались из клиники на долечивание в домашних условиях через 3-5 дней после операции. Анализируя результаты лечения больных этой группы, мы убедились в том, что здесь не всех нужно лечить методом Илизарова. Использование его аппарата при переломах шейки бедра считаем вообще нецелесообразным. Переломы бедра в верхней и нижней трети лучше фиксировать спице-стержневыми устройствами в сочетании с дистальным блоком аппарата Илизарова. В обеих группах мы не встречали серьезных нагноений, которые бы отрицательно повлияли на исход лечения. Немалую роль играют в этом сильные антибиотики, хорошая регенерация костей и мягких тканей.

Среди больных, лечившихся по поводу ортопедической патологии, почти 50% составляют лица с последствиями полиомиелита и характерными при этом вторичными паралитическими деформациями стоп, различными осевыми деформациями нижних конечностей, укорочениями их и паралитической разболтанностью суставов.

Вторую по частоте группу составляли больные с врожденными заболеваниями: косолапость, вывих бедра. Осевые деформации нижних конечностей, врожденные укорочения и деформации, обусловленные детским церебральным параличом, занимали среди госпитализированных больных от 4 до 9,5% к общему числу лечившихся ортопедических больных.

Использование метода Илизарова для этих больных осуществлялось нами также выборочно, и больше этот выбор диктовался не столько характером патологии, сколько условиями, в

которых приходилось лечить больного. Так, если удлинение конечностей осуществлялось только аппаратом Илизарова (голень у 7 больных, бедро у 2<sup>x</sup>), то лечение деформации стоп осуществлялось чаще всего традиционными методами с фиксацией гипсовой повязкой.

У всех больных при удлинении конечностей, благодаря разноплановости метода чрескостного остеосинтеза, одновременно исправлялись и все сопутствующие деформации длинных костей, суставов и стоп. Отдельно аппарат для устранения деформации стоп с одновременным их удлинением использовался нами у 3 больных, тогда как фиксация стоп - у 7 больных после панартродеза и у 2 - после трехсуставного артродеза, осуществлялась только гипсовой повязкой.

Все больные с различными контрактурами, обусловленными детским церебральным параличом, лечились традиционными методами: ахиллопластики, операции Эггера, тенотомия приводящих мышц и другие оперативные вмешательства. Фиксация конечностей после операции осуществлялась только гипсовыми повязками. Трудность лечения таких больных заключалась в отсутствии реабилитационных условий. Не только в госпитале, но и в городе (400 тыс. жителей) нет специалистов по ЛФК, отсутствует санаторно-курортное лечение в стране. Все это, безусловно, снижает эффект, достигнутый операцией. Для коммерческих отделений это чрезвычайно важно, так как утрата достигнутого первоначального реабилитационного эффекта сказывается на имидже клиники в целом, не говоря уже персонально о врачах. Для лечения больных с врожденным вывихом бедра (двоим детям - 3 и 5 лет) производилось открытое вправление бедра с межвертельной деротационной остеотомией и фиксацией гипсом. Третьему ребенку (9 лет) произведена реконструкция проксимального конца бедра с образованием дополнительной точки опоры, фиксация при этом осуществлялась винт-стержневой конструкцией.

У одного больного (44 года) с патологическим вывихом бедра и полным отсутствием головки произведен компрессионный артродез тазобедренного сустава.

Особую проблему в условиях коммерческой клиники представляют больные с остеомиелитом, у которых сложно прогнозировать и тем более гарантировать успех в один этап лечения. Сложность для врача клиники и самого больного представляет необходимость длительного пребывания в клинике.

Для удаления инородных тел было госпитализировано 13 человек, это больные с различными конструкциями для остеосинтеза, раненые.

На амбулаторных приемах из 600 обратившихся больных большую часть составляли лица с патологией позвоночника: остеохондрозы различной этиологии, спондилолистезы, врожденные аномалии. Много мелких травм, закрытых переломов, особенно у детей, лечение которых осуществлялось амбулаторно. Больные чрезвычайно любят лекарства, мази, различные компрессы и втирания. Без этого не признается врач. Благо любые лекарства в аптеках продаются без ограничений, включая и наркотики.

Таким образом, даже на небольшом опыте

работы в одной из стран дальнего зарубежья с низким общим культурным и образовательным уровнем мы пришли к выводу, что при общеизвестной ортопедической патологии и обусловленных показаниях к лечению ее методом чрескостного остеосинтеза, последний не всегда приемлем. Отбор больных для этого метода должен быть особенно тщательным, когда успех лечения не вызывает сомнения у врача и может быть гарантирован больному. Для любой коммерческой клиники это главное условие.

Рукопись поступила 11.06.96 г.



## Метод Илизарова в лечении домашних животных

Экспериментальный отдел РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова широко использует метод Илизарова для лечения домашних

животных при:

- ♦ переломах костей конечностей, черепа, позвоночника, таза и вывихах;
- ♦ несрастающихся переломах, ложных суставах и дефектах костей;
- ♦ укорочениях и деформациях конечностей;
- ♦ прочей патологии опорно-двигательной системы.

Ученые Центра разработали специальные аппараты внешней фиксации для лечения животных и оригинальные методики чрескостного остеосинтеза, которыми ветеринары могут овладеть на специализированных курсах в экспериментальном отделе РНЦ «ВТО».

Аппараты, инструменты и оборудование для операций можно приобрести на опытном заводе РНЦ «ВТО».

Телефон для справок: 3-12-65

Адрес: 640005, г. Курган,

ул. М. Ульяновой, 6

Экспериментальный научный отдел РНЦ «ВТО»,  
к.м.н. А.А. Шрейнер

