

ных отломков и осколков независимо от давности травмы, вида и величины их смещений, управлять этими фрагментами на любом этапе лечения и проводить раннее и полноценное функциональное лечение.

**С. И. Швед, Ю. М. Сысенко, С. И. Савченко  
(Курган)**

**Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении диафизарных мономелических переломов нижних конечностей**

**Transosseous osteosynthesis according to Ilizarov for treatment of monomelic diaphyseal fractures of lower limbs**

Бурное развитие механизации в промышленности и сельском хозяйстве, широкое внедрение технических средств на транспорте и в быту приводят к тому, что в последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению удельного веса множественных переломов в общей структуре травматизма. Так, по данным отечественных и зарубежных авторов, пострадавшие с множественными переломами костей конечностей составляют до 20% от общего числа травматологических больных, находящихся на стационарном лечении, причем 37,7% среди них приходится на диафизарные мономелические переломы нижних конечностей.

Мы обладаем опытом лечения 49 пострадавших в возрасте от 5 до 72 лет, поступивших на лечение в наш центр с диафизарными мономелическими переломами нижних конечностей. У всех больных переломы возникли в результате прямого механизма получения травмы: у 44 - в результате автодорожной аварии, у 3 - при падении с высоты и у 2 - при попадании конечности во вращающийся транспортер. У поступивших на лечение пострадавших в 49 случаях отмечались открытые переломы (у 18 больных - бедра и у 31 - голени) и в 49 - закрытые (у 31 пострадавшего - бедра и у 18 - голени). Отмечалось преобладание оскольчатых и двойных переломов (74 случая). Среди открытых переломов чаще всего (30 случаев) встречались переломы III Б, III В и IV типов (по классификации А.В.Каплана и О.Н.Марковой, 1967).

Первая медицинская помощь больным оказывалась в городских и районных больницах. По мере стабилизации функций жизненно важных органов и систем пострадавших транспортировали в РНЦ "ВТО".

В первые сутки с момента поступления чрескостный остеосинтез сразу же на двух сегментах выполнили у 42 больных. У остальных 7 пострадавших остеосинтез осуществляли в ближайшие два-три дня с момента поступления.

Чрескостный остеосинтез по Илизарову выполняли, как правило, под перидуральной анестезией бригадой из трех врачей-травматологов после наложения двойного скелетного вытяжения, осуществляемого за мышечки бедренной кости и дистальный метафиз большеберцовой кости. Количество и плоскости введения спиц в каждом конкретном случае выбирали индивидуально в зависимости от локализации перелома, тяжести и глубины патологического процесса и т.д. При всех закрытых переломах костные отломки сопоставляли бескровно, при открытых переломах перед наложением аппарата Илизарова производили ПХО раны. При отсутствии повреждений в области коленного сустава аппараты на бедре и голени не соединяли между собой, что позволяло пострадавшим с первых же дней после остеосинтеза приступать к занятиям ЛФК. При повреждениях мягкотканного компонента в области коленного сустава аппараты на бедре и голени соединяли между собой при помощи шарнирных систем (сроки иммобилизации коленного сустава колебались от 7 до 28 дней).

Сроки фиксации костных отломков аппаратом зависели от многих причин и варьировали в диапазоне от 64 до 163 дней.

Из осложнений чаще всего (6 больных) встречалось воспа-

ление мягких тканей вокруг спиц. У 5 пострадавших воспаление удалось купировать консервативными мероприятиями, а у 1 больной, страдающей сахарным диабетом, воспалительный процесс был купирован после проведения секвестрэктомии.

Исходы лечения в сроки от 1 до 16 лет изучили у 39 пациентов: у 38 из них они оценены как хорошие и у 1 - удовлетворительный.

Таким образом, чрескостный остеосинтез по Илизарову является высокоэффективным методом лечения больных с множественными переломами нижних конечностей, что позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

**В. И. Шевцов, В. К. Камерин, А. Н. Дьячков,  
С.И.Швед, Л. М.Куфтырев, Н. М. Ключин,  
К.С.Десятниченко, Т.И.Долганова,  
Л.А.Смотрова (Курган)**

**Экспериментальное обоснование и клиническое использование монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза в реабилитации больных с дефектами длинных трубчатых костей**

**Experimental substantiation and clinical use of monolocal compression-distraction osteosynthesis for rehabilitation of patients with defects of long tubular bones**

Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез, разработанный в РНЦ "ВТО", существенно расширил возможности решения проблем травматологии и ортопедии.

Проведенное экспериментальное обоснование предложенного Г. А. Илизаровым (1967) монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза раскрыло клинические возможности и эффективность его использования при замещении диафизарных и метафизарных дефектов длинных трубчатых костей, в том числе - осложненных хронической гнойной инфекцией, а также острых посттравматических дефектов костей и мягких тканей (кожи, мышц, сосудов и нервов).

На основании результатов комплексных исследований (рентгенологические, биохимические, морфологические, ангиографические, физиологические, микробиологической, радионуклидные) в эксперименте на 208 беспородных собаках подтверждено и дано дальнейшее развитие открытому Г. А. Илизаровым закону о стимулирующем влиянии напряжения растяжения на генез тканей. Выявлено межсистемное взаимодействие нервной, эндокринной, дыхательной, сердечной и сосудистой систем, что позволило определить функциональные резервы организма, прогнозировать уровень адаптационно-компенсаторных реакций его. Доказан строго дифференцированный подбор сроков начала и темпа дистракции в зависимости от тяжести повреждения кости, мягких тканей, степени нарушения кровообращения, формы и морфофункционального состояния концов отломков.

В клинике проанализированы результаты лечения 115 больных в возрасте от 6 до 57 лет по поводу свежих посттравматических (28 больных после первичной хирургической обработки ран открытых и огнестрельных переломов), постоперационных (6 больных после резекции доброкачественной опухоли дистального суставного конца бедренной кости) и хронических дефектов длинных трубчатых костей и мягких тканей (81 пациент), лечившихся методом монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Этиологическим фактором дефектов костей и мягких тканей у 32 (28,8%) пациентов были неудачно леченные оперативным методом закрытые переломы, у 54 (47%) - открытые В III-IV типа (по классификации А. В. Каплана - О.Н.Марковой) многооскольчатые переломы, у 11 (10%) - огнестрельные переломы, у 12 (10%) - гематогенный остеомиелит после многократных секвестрэктомий и у 6 (5%) -