

Оперативные вмешательства проводились бригадой с обязательным присутствием ангиохирурга. В послеоперационном периоде больные получали консервативную терапию (компрессионные чулки фирмы Venoteks, антикоагулянтная терапия на протяжении 7–10 дней с переходом на непрямые антикоагулянты, флебопротекторы). Для оценки состояния венозной системы в динамике на 6-8-е сутки после операции выполняли следующие исследования: УЗДГ и дуплексное сканирование с цветным картированием. При этом у 37 больных (42,4 %) диагностирован бессимптомный флеботромбоз, а у 10 (11,4 %) – на 5–6-е сутки послеоперационного периода наблюдали клиническую картину острого тромбоза. Локализация флотирующих тромбов в поверхностной бедренной вене наблюдалась у 23 больных (48,9 %), бедренной – у 14 (29,7 %), наружной подвздошной – у 10 (21,2 %). Кроме того, установлено, что тромботический процесс диагностирован слева у 27 больных (57,4 %), а справа у 20 (42,5 %). Выполняли следующие ангиохирургические вмешательства: тромбэктомия из поверхностных вен с применением баллонного катетера Фогарти в 23 случаях (48,9 %), из бедренной вены – 14 (29,7 %). Больных с тромбозом наружной подвздошной вены переводили в специализированное ангиохирургическое отделение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Активная хирургическая тактика при лечении послеоперационного тромбоза венозной системы нижних конечностей позволила предупредить тромбоэмболические осложнения у больных с сочетанной травмой и летальные случаи.

#### ВЫВОДЫ:

1. Сочетанная травма значительно повышает риск развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде.
2. С целью профилактики развития тромбоза сосудов нижних конечностей целесообразно проводить компрессионную терапию, назначать антикоагулянтную терапию под контролем свертывающей системы.
3. Дуплексное сканирование с цветным картированием сосудов нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде является высоко информативным методом диагностики тромбоза магистральных вен нижних конечностей.
4. Активная хирургическая тактика при послеоперационном тромбозе вен нижних конечностей позволяет не только предупредить тромбоэмболические осложнения в раннем послеоперационном периоде, но и снизить летальность среди больных с сочетанной травмой.

**И.О. Панков**

### ТЯЖЕЛЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ. ПРОБЛЕМЫ. РЕШЕНИЯ

*Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан (Казань)*

Проблема лечения пациентов с тяжелыми сочетанными повреждениями занимает одно из ведущих мест в медицине по своей актуальности.

Неуклонный рост травматизма, связанный, в первую очередь, с увеличением числа дорожно-транспортных происшествий определяет проблему лечения тяжелой политравмы и влечет за собой увеличение числа пострадавших с множественными переломами костей конечностей и сочетанными повреждениями органов и тканей.

Шок, а также массивная кровопотеря выступают на первый план при таких повреждениях. Клиническая картина и тяжесть состояния пациента значительно отягощается сопутствующей черепно-мозговой травмой, а также повреждениями внутренних органов. Летальность при сочетанной травме высока и достигает 40 % и выше. Выход на инвалидность составляет 25–45 %.

Оперативный метод лечения в настоящее время является основным при лечении тяжелой политравмы.

При поступлении пациентов в стационар в состоянии шока на первый план выступают противошоковые мероприятия. Весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий проводится одновременно с противошоковой терапией.

При переломах костей конечностей в сочетании с повреждением внутренних органов, интракраниальными гематомами оперативные вмешательства выполняются двумя и более операционными бригадами. Оперативная репозиция и стабилизация переломов костей конечностей выполняется одновременно с операциями на жизненно важных органах.

При этом оперативная репозиция и стабилизация отломков костей является важнейшим мероприятием, направленным на устранение шокогенных очагов и профилактику возможного развития жировой эмболии и нарушений со стороны свертывающей системы крови.

Наиболее оптимальным методом лечения при поступлении пациентов в специализированные стационары является чрескостный остеосинтез по Г.А. Илизарову.

В клинике травматологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ разработаны и успешно применяются оригинальные компоновки стержневых и спице-стержневых аппаратов внешней фиксации при различных переломах костей конечностей. В зависимости от вида и характера перелома компоновка аппаратов состоит из внешних опор с кронштейнами, соединенных между собой резьбовыми стержнями или шарнирно-резьбовыми системами.

После нормализации состояния пациента возможен переход на остеосинтез погружными конструкциями. При этом не исключается применение аппарата внешней фиксации, как основного метода лечения.

Изучены исходы лечения 140 пациентов с тяжелыми сочетанными повреждениями костей конечностей, лечившихся в отделении травматологии в 2005 – 2011 гг. Сроки наблюдений составили от 1 года до 5 лет. Результаты оценивались на основании клинико-рентгенологического обследования, а также оценки качества жизни пациентов.

У всех пациентов достигнуты положительные исходы лечения. При этом на отдаленных сроках после травмы ведущим в оценке исхода лечения явилась тяжесть первичного поражения центральной нервной системы.

На основании изучения исходов лечения пациентов с тяжелой политравмой следует, что чрескостный остеосинтез является наиболее оптимальным при таких повреждениях и может быть применен в первые часы после поступления пациентов в специализированные стационары. Данный метод может являться основным при всех видах переломов. По нормализации состояния пациентов в ряде случаев является показанным применение различных погружных конструкций с целью скорейшего восстановления функции конечностей.

**И.О. Панков, А.Л. Емелин, И.В. Рябчиков, В.И. Айдаров**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

*Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)*

Переломы мышцелков большеберцовой кости относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений костей конечностей. Осложнения и неблагоприятные исходы лечения таких переломов составляют 50 % и выше. Среди осложнений наиболее характерными и часто встречающимися являются контрактуры и деформирующий артроз коленного сустава по причине неустраненных смещений фрагментов и дисконгруэнтности суставных поверхностей костей. При этом нередко имеет место деформация области коленного сустава с нарушением оси конечности. Оперативное лечение является основным при неправильно сросшихся переломах мышцелков большеберцовой кости. Целью его является достижение репозиции с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей костей коленного сустава, устранение имеющей место деформации с восстановлением оси конечности. Показания к оперативному лечению определяются на основании клинико-рентгенологического исследования.

В клинике травматологии РКБ разработаны и успешно применяются оригинальные компоновки аппаратов внешней фиксации на основе метода Илизарова, а также устройство для лечения переломов коленного сустава (патенты РФ на изобретение № 2402296 и полезную модель № 41604), обеспечивающие достижения репозиции с восстановлением плато большеберцовой кости, стабильную фиксацию на период срастания. При этом не исключается возможность начало ранних активных движений в коленном суставе.

При неправильно сросшихся переломах мышцелков большеберцовой кости производится корригирующая остеотомия в зоне повреждения с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей и костной аутопластикой дефекта метафиза большеберцовой кости трансплантатом из гребня подвздошной кости или пластикой остеоиндуктивным материалом с последующим чрескостным остеосинтезом аппаратом внешней фиксации. Сроки лечения в аппарате составляют 3 – 3,5 месяца.

Изучены исходы лечения 28 пациентов с неправильно сросшимися переломами мышцелков большеберцовой кости, находившихся на лечении в клинике травматологии в 2000 – 2011 гг. Сроки наблюдения составили от 10 лет до 1 года. Исходы оценивались на основании данных клинико-рентгенологического исследования, а также оценки качества жизни пациентов. Во всех случаях