

увеличивался. Так, если у лиц 20—29 лет он был равен 12,2 дня, то в 50—59 лет — 14,4 дня.

Таким образом, анализ результатов лечения больных с повреждением сухожилия глубокого сгибателя пальцев и кисти свидетельствует об эффективности первичной одноэтапной хирургической обработки. При этом необходимо учитывать количество травмированных анатомических образований и сроки поступления пострадавших в стационар. Наилучшие результаты были получены при раннем (до 6 ч) поступлении в стационар и наименьшем количестве повреждений сухожилий. Исходя из высокого процента осложнений при множественной травме и отдаленных сроках (свыше 8 ч) поступления в стационар необходимо, по всей вероятности, в таких случаях производить отсроченную хирургическую обработку.

УДК 616.728.3—089.844

### С. П. Карпов (Чебоксары). К методике лавсанопластики связок коленного сустава

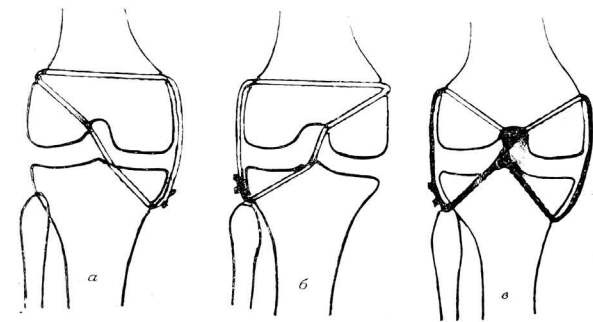
При пластике связок коленного сустава с целью формирования единой кольцевидной связки из лавсановой ленты мы сшиваем ее концы друг с другом, образуя замкнутую систему. Эта методика применяется нами для одновременного восстановления крестообразных и боковых связок коленного сустава. Доступ к суставу осуществляется внутренним или наружным парапателлярным разрезом. При формировании передней крестообразной и внутренней боковой связок (см. рис.) лавсановая лента проводится через каналы в наружном мыщелке бедра и внутреннем мыщелке большеберцовой кости и конец ее выводится на внутреннюю поверхность большеберцовой кости. Другой конец ленты также выводится на внутреннюю поверхность бедра через горизонтальный надмыщелковый канал в бедренной кости. Затем оба конца ленты соединяются, максимально натягиваются и сшиваются друг с другом. Таким образом создается кольцевидная связка, которая равномерно распределяет нагрузку на лавсановую ленту и костные каналы мыщелков.

Сформированные боковые связки обязательно подшивают шелком к вершине надмыщелков бедренной и большеберцовой костей у места прикрепления концов естественных боковых связок к кости. Тем самым достигается точная локальная фиксация конца связки относительно

центра кривизны артикуляционной поверхности мыщелков бедра, что позволяет избежать переменных нагрузок на ленту и ее скольжения по кости.

Аналогичным образом формируются передняя крестообразная и наружная боковая связки (см. рис.). Разница заключается в том, что каналы проделываются во внутреннем мыщелке бедра, горизонтально в надмыщелковой зоне и в наружном мыщелке большеберцовой кости.

Подобный принцип формирования единой кольцевидной связочной системы является универсальным и может быть применен в различных вариантах при одновременном восстановлении кресто-



Пластика связок коленного сустава по кольцевидному способу: а — передней крестообразной и внутренней боковой; б — задней крестообразной и наружной боковой; в — передней и задней крестообразной, внутренней и наружной боковой («кольцевидная восьмерка»).

образных и боковых связок коленного сустава с использованием лавсановой ленты. Так, после полных вывихов голени можно одномоментно восстановить обе крестообразные и обе боковые связки коленного сустава (см. рис.).

Под нашим наблюдением находилось 24 больных в возрасте от 17 до 29 лет с травмой связочного аппарата коленного сустава. У 19 были повреждены передняя крестообразная и внутренняя боковая связки, у 2 — передняя крестообразная, у одного — передняя крестообразная и наружная связки, у 2 — все связки после вывиха голени.

Всем больным была произведена пластика поврежденных связок лавсановой лентой по описанной выше методике. У 2 больных с изолированным повреждением передней крестообразной связки во время операции обнаружена слабость внутренней боковой связки, и поэтому также выполнена кольцевидная пластика передней крестообразной и внутренней боковой связок.

В послеоперационном периоде срок иммобилизации конечности не превышал 1 мес. Затем еще на 1 мес накладывали заднюю гипсовую лонгету, которую больные снимали во время восстановительного лечения; в остальной промежуток времени они нагружали ногу и ходили без костылей. Через 2 мес после операции большинство больных полностью разрабатывали сустав, начинали функциональную нагрузку и приступали к работе.

Сроки наблюдения после операции составляли от 2 до 10 лет. У 23 больных получены отличные и хорошие результаты лечения: исчезли неустойчивость коленного сустава, боли и симптом «выдвижного ящика». Все больные вернулись к прежней работе, причем трое из них являются тренерами-профессионалами по спорту.

Отмечен один неудовлетворительный результат, связанный с инфицированием сустава. После полного удаления ленты воспалительный процесс в суставе был ликвидирован. В конечном итоге образовалась тугоподвижность в коленном суставе. У всех остальных больных наглядно проявились преимущества методики кольцевидной пластики связок коленного сустава лавсановыми лентами.

УДК 617.584—001.5—089

# **Н. В. Стрижаков, В. А. Овсянников, В. А. Кудряшов (Похвистнево, Куйбыш. обл.).** **Сравнительная оценка методов лечения диафизарных переломов костей голени**

За 5 лет в травматологическом отделении проведено лечение 195 больных (мужчин — 146, женщин — 49) с диафизарными переломами костей голени. Открытых переломов — 60, закрытых — 135. 155 (79,5%) больных были в работоспособном возрасте (20—60 лет).

Наиболее часто (у 73 больных) применен стабильный остеосинтез с помощью аппарата Илизарова, несколько реже (у 63) — скелетное вытяжение. Лечение гипсовой повязкой осуществлено 56 больным. В последние годы лечение гипсовой повязкой проводим лишь при поперечных переломах костей голени без смещения отломков. Ввиду большого числа осложнений, внутрикостный остеосинтез в указанный период применен нами лишь у 3 больных. При открытых переломах потеря трудоспособности больными была длительнее, чем при закрытых. Трудоспособность восстанавливалась значительно медленнее также при переломах в нижней трети голени.

Наиболее длительный срок потери трудоспособности отмечен при лечении больных методом скелетного вытяжения. В условиях применения внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова по сравнению с другими методами лечения период утраты трудоспособности был наименьшим.

**Таблица 1**  
**Результаты лечения больных с переломом**  
**костей голени**

Метод лечения	Результаты			
	отличный	хороший	удовлетворительный	плохой
Гипсовая повязка	11	31	13	1
Скелетное вытяжение	7	37	17	2
Интрамедуллярный остеосинтез	—	—	2	1
Внеочаговый остеосинтез	61	8	—	4
Всего	79	76	32	8

хороший — в пределах этого времени. При удовлетворительном исходе срок утраты трудоспособности составлял 4—6 мес. Результат считали плохим, если больному определяли группу инвалидности.

В табл. 1 представлены результаты лечения больных.

Как видно из данных табл. 1, лучшие результаты были получены при использовании внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова, плохие — в этой же группе у 4 больных со множественными повреждениями. При лечении переломов гипсовой повязкой были достигнуты несколько лучшие результаты, чем при скелетном вытяжении. Однако в этой группе преобладали больные с переломами без смещения костных отломков, тогда как методом скелетного вытяжения лечили косые и винтообразные переломы со смещением отломков. Интрамедуллярный остеосинтез дал лишь удовлетворительные и плохие исходы.

При оценке результатов лечения мы использовали и показатели экономического ущерба на одного пострадавшего по методике А. В. Кириленко (1977). Сведения для подсчета затраченных средств на лечение взяты из сельхозуправления, райкома союза работников сельского хозяйства и бухгалтерии больницы (табл. 2).

Экономический ущерб на одного пострадавшего среди работников сельского хозяйства и рабочих небольших промышленных предприятий, по нашим данным, составляет от 4428 до 6585 руб. Экономически наиболее выгодным оказался компрессионно-дистракционный метод по Илизарову. Следует отметить, что этим методом лечили наиболее тяжелых больных с открытыми переломами.

Следовательно, в травматологических стационарах основными методами лечения переломов костей голени необходимо считать гипсовую повязку при поперечных пере-