



СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАНЕННЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Крюков Е.В.¹, Хоминец В.В.², Самохвалов И.М.², Брижань Л.К.¹,
Давыдов Д.В.¹, Керимов А.А.¹, Чирва Ю.В.¹

¹Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко,
Москва,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшить результаты лечения раненых и пострадавших с огнестрельными ранениями костей конечностей.

Задачи исследования. Изучить результаты применения нового стержневого аппарата КСВП на первом этапе последовательного остеосинтеза; изучить результаты применения вакуумной аспирационной повязки при лечении огнестрельной раны; изучить результаты применения погружного остеосинтеза на ранних этапах лечения огнестрельного перелома; оценить анатомо-функциональные результаты применения предложенной тактики лечения раненых с огнестрельными переломами костей конечностей в условиях применения современных отечественных комплектов.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов лечения 247 раненых и пострадавших с огнестрельными переломами длинных костей конечностей (ОПДКК), получивших лечение в период с 1999 по 2015 гг. Все пациенты были мужчины, средний возраст – 32,5 года. К лечению всех пациентов применен подход «запрограммированной многоэтапной хирургической тактики». Выделены две сопоставимые по полу, возрасту, локализации ранения, типу перелома, тяжести состояния группы раненых и пострадавших. Тактика хирургического лечения в разных группах отличалась по способу дренирования, первичной иммобилизации поврежденного сегмента и остеосинтезу отломков. В основной группе (117 человек) первичную хирургическую обработку раны завершали иммобилизацией отломков аппаратом наружной фиксации (АНФ) из комплекта стержневого военно-полевого (КСВП), лечение раны проводили с применением вакуумных аспирационных повязок (ВАП), сращение отломков добивались погружным остеосинтезом на ранних сроках лечения. Раненые в контрольной группе (130 человек) получали лечение с использованием гипсовой иммобилизации, при лечении раны проводили мазевыми повязками, окончательный остеосинтез выполняли спице-стержневым АНФ. Результат оценен в сроки от 2 до 7 лет.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречались переломы костей голени (37,2%) и бедра (32,2%) тип В (37,6%) и тип С (33,3%) по классификации АО/ASIF с повреждениями мягких тканей 3а типа (47,8%) по классификации Gustilo-Anderson. При лечении пациентов основной группы хорошие и отличные функциональные результаты получены у 76% человек, в контрольной группе – у 62%. При этом длительность лечения была в 1,75 раза короче, а количество операций – в 2,3 раза меньше чем у больных контрольной группы. Длительность заживления раны в сроки до 14 суток отмечено у 46% раненых первой группы, аналогичные раны у пострадавших контрольной группы заживали свыше 21 дня (37,6%). Сращение отломков у пациентов основной группы наблюдалось в средние сроки у 79%, в контрольной группе – у 67% человек. Выявлены следующие осложнения (основная/контрольная группы): инфекция мягких тканей и остеомиелит – 9,5/24%; тромбофлебит глубоких вен – 5,2/10,7%; контрактуры смежных суставов – 3,3/22,5%.

Выводы. Усовершенствование современной тактики лечения раненых и пострадавших с применением разработанного аппарата из Комплекта стержневого военно-полевого для первичной фиксации отломков на ранних сроках, использованием вакуумной аспирационной повязки при лечении ран и последовательного погружного остеосинтеза, позволяют получить в среднем на 25% больше хороших и отличных анатомо-функциональных результатов, сократить сроки лечения на 43,5%.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ (PILON) (НАШ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ)

Кулаженко Е.В., Варзарь С.А., Харитонов О.Д.

Одесский национальный медицинский университет,
Городская клиническая больница №11,
г. Одесса, Украина

В большинстве случаев лечение больных с переломами pilon сопряжено с риском получения неудовлетворительных результатов.

Сложность подобных повреждений связана с тем, что эти оскольчатые, внутрисуставные переломы большеберцовой кости, в 85% случаев сочетаются с переломом малоберцовой кости, затрудняют репозицию и стабильную фиксацию этого сегмента голени. Кроме того, эти переломы являются следствием высокоэнергетической травмы, приводящей к значительным смещениям и нарушениям конгруэнтности суставных поверхностей голеностопного сустава и дефекта метаэпифизарных отделов берцовых костей.

Мы считаем обязательным проведение КТ с целью уточнения размеров фрагментов и характера их смещения. Хирургический доступ производится с учетом особенностей перелома и расположения костных фрагментов. При этом считаем, что для доступа к нижней трети большеберцовой кости лучше произвести 2 разреза, чем один значительных размеров.

При проведении оперативного вмешательства прежде всего необходимо восстанавливать длину малоберцовой кости с применением полутрубчатой или реконструктивной пластины, что в последующем облегчает задачу репозиции большеберцовой кости. Особенностью фиксации дистального отдела большеберцовой кости является планирование и моделирование пластины таким образом, чтобы после экстракции вдавленного фрагмента метафиза обязательно была произведена обязательная стабильная фиксация всех его фрагментов блокированными винтами в LCP пластине, что позволит начинать раннюю разработку движений в голеностопном суставе. Возникший дефект метафиза необходимо обязательно заполнить ауто-, или аллотрансплантатом.

В раннем послеоперационном периоде с целью стимуляции остеогенеза в область перелома вводим плазму, обогащенную тромбоцитами (PRP).

Стабильная фиксация отломков и ранняя дозированная разработка движений в голеностопном суставе позволяют снизить количество сосудистых и гнойно-некротических осложнений, а также способствуют предотвращению развития псевдоартроза, контрактуры и деформирующих изменений.

Ключевые слова: перелом, дистальный метаэпифиз, стабильно-функциональный, металоостеосинтез, перелом пилона, LCP пластина.

Key words: Fracture, distal metaepiphysis, stable and functional, metalosteothesis, pilon fracture, LCP plates.