

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лоскутов А.Е.¹, Олейник А.Е.¹, Жердев И.И.², Доманский А.Н.¹,
Богуславский А.С.¹, Топка О.В.², Томилин В.Н.², Якушев С.А.².

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

²ГУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Введение. Лечение огнестрельных ранений и огнестрельных переломов конечностей в частности, является основной задачей военно-полевой хирургии. Сложность лечения этой патологии обусловлена особенностями физики повреждающих факторов огнестрельного оружия. В современных условиях перед ортопедами –травматологами ставится ряд задач, направленных на улучшение результатов лечения огнестрельных переломов.

Цель исследования. Обобщить опыт и улучшить эффективность лечения огнестрельных переломов конечностей в условиях АТО.

Результаты. Средний возраст в исследуемой группе пациентов составил $33,8 \pm 0,3$ года. Среднее время между получением ранения и госпитализацией – $1,6 \pm 0,5$ дней. В тяжелом и критическом состоянии доставлено 9,2% раненых, в состоянии средней тяжести – 40,2% пострадавших и 52,6% - с легкой степенью повреждениями. Среди общего количества раненых, повреждения конечностей наблюдались у 56,6% поступивших. В каждом третьем случае повреждений конечностей у 36,7% отмечались огнестрельные переломы. Преобладали огнестрельные переломы костей нижней конечности (52%), из них переломы бедра – 20,3%, голени – 62,7%, стопы – 17%, таз и позвоночник - 1,2%. Переломы верхней конечности составляли 48%, из них переломы плеча – 30,4%, предплечья – 18,8%, кисти – 37,7%.

Тактика лечения зависела от тяжести состояния пострадавших. У стабильных больных выполняли хирургическую обработку перелома и остеосинтез аппаратом внешней фиксации. У нестабильных и критических больных с повреждением костей применялось тактика ортопедического damage control. Раны и открытые переломы у крайне тяжелых больных не подвергали хирургической обработке до выведения из травматического шока, а только промывали антисептиками, удаляли на магистральные сосуды, обрабатывали раны антисептиками, обкалывали антибиотиками и накладывали повязки. После этого продолжали интенсивную терапию. видимые инородные тела, края обкалывали антибиотиками и закрывали асептическими повязками. При травматических отрывах конечностей накладывали зажимы Первичную хирургическую обработку огнестрельных переломов и ампутацию конечностей проводили через 1,5-2,5 часа после стабилизации витальных функций. При повреждении магистральных сосудов (5,3%) вначале осуществлялась пластика поврежденного участка и последующая стабилизация стержневым аппаратом. Поврежденные с дефектом нервные стволы, на этапе первичной хирургической обработки огнестрельного перелома, не восстанавливались. Дальнейшее лечение раневого процесса в зоне огнестрельного перелома осуществлялось координированным сочетанием комбинации методик. На первом этапе раны в зоне огнестрельного перелома велись открыто. После вторичной хирургической обработки, в зависимости от размеров, закрытие ран осуществлялось методами: ВАК терапии, кожной пластики и наложением



вторичных швов. Метод ВАК терапии был доминирующим, как метод подготовки к кожной пластике, так и к наложению вторичных швов. ВАК система на огнестрельную рану накладывалась от 3 до 5 суток. После очищения раны путём вторичного шва, свободной или несвободной кожной пластики выполнялось закрытие раневого дефекта. Стабилизация огнестрельного перелома стержневыми аппаратами внешней фиксации, осуществляемая на этапе первичной хирургической обработки огнестрельной раны, как правило, была окончательная. Однако в 8 % случаев выполнен наkostный или чрескостный остеосинтез по Илизарову. В результате лечения у большинства больных достигнута стабилизации перелома, коррекция деформации и заживление ран.

Выводы. Стержневые аппараты внешней фиксации являются основным методом лечения огнестрельных переломов, они быстро монтируются на поврежденном сегменте с надежной стабилизацией перелома, позволяют осуществлять полноценный уход и лечение огнестрельной раны с использованием ВАК системы, что позволяет сократить сроки лечения огнестрельной раны и снизить вероятность развития инфекционных осложнений.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Лоскутов А.Е., Олейник А.Е., Синегубов Д.А., Губарик А.В.*, Саид И.А.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина
КУ «Областная больница им.И.И.Мечникова»

Актуальность. Патология тазобедренного и коленного суставов занимает ведущее место в структуре заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. Социальная значимость этой патологии является основным фактором, который ставит новые задачи перед ортопедией-травматологией. Благодаря значительным успехам в области эндопротезирования, наметился прорыв в решении вопросов медико-социальной реабилитации этой категории пациентов. Эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов являются самыми массовым оперативными вмешательствами в мире. Поэтому помимо проблем, непосредственно связанных с технологией эндопротезирования, наметился круг задач, которые возникают в процессе последующей эксплуатации эндопротезов тазобедренного и коленного суставов. Одна из этих задач связана с переломами бедренной кости, возникающими в результате прямой травмы при имплантированном и нормально функционирующем эндопротезе тазобедренного или коленного суставов.

Цель работы – разработать методы остеосинтеза переломов бедренной кости, возникших в условиях функционирующего эндопротеза тазобедренного или коленного суставов.

Материалы и методы. В период с 2000 по 2014 гг. нами наблюдалось 18 пациентов с переломами бедренной кости, возникших на фоне нормально функционирующего эндопротеза тазобедренного сустава и 7 пациентов после эндопротезирования коленного сустава. В группе больных с эндопротезированием тазобедренного сустава средний возраст пациентов составил 54,3 года. Наблюдалось 6 женщин: