



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.717/718-001.45-089.84

Пешехонов Э.В. (19641973@mail.ru), Зубок Д.Н., Меркулов А.В., Красников Б.В., Вець И.В. – Особенности применения внешнего и внутрикостного остеосинтеза огнестрельных переломов длинных костей конечностей.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Представлены результаты сравнительного анализа использования внешнего и внутрикостного остеосинтеза огнестрельных переломов длинных костей конечностей. Показаны преимущества остеосинтеза бедренной кости интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным активным покрытием.

К л ю ч е в ы е с л о в а: огнестрельный перелом, внешний остеосинтез, внутрикостный остеосинтез.

Peshekhonov E.V., Zubok D.N., Merkulov A.V., Krasnikov B.V., Vets I.V. – Peculiarities of the use of internal and intraosseous osteosynthesis of gunshot fractures of long bones of extremities. *The article provides results of comparative analysis of the use of external and intraosseous osteosynthesis of gunshot fractures of long bones of extremities. Advantages of femoral bone osteosynthesis with intramedullary blocking shafts with antibacterial active coating.*

К е у в о р д s: gunshot fracture, external osteosynthesis, intraosseous osteosynthesis.

Боевые повреждения конечностей составляют 60–70% ранений всех локализаций. Опыт современных локальных военных конфликтов свидетельствует о том, что проблема оказания специализированной медицинской помощи и лечения раненых с огнестрельными переломами костей конечностей до конца не решена. Вместе с тем возможность эвакуации раненых в ранние сроки на этап оказания специализированной медицинской помощи позволяет в полной мере использовать для этой цели лечебно-диагностические возможности госпиталей.

Целью исследования явилась оценка результатов применения новых, патогенетически обоснованных методов в комплексном лечении раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 115 раненых с огнестрельными переломами костей конечностей, участвовавших в контртеррористических операциях на территории Чеченской республики в 1995–2003 гг. (группа № 1), и 56 раненых, пострадавших в 2008–2015 гг. в чрезвычайных ситуациях и в период других контртеррористических операций (группа № 2). Все раненые имели сопроводительные медицинские документы, в которых указывались характер повреждения и мероприятия, выполненные на предыдущих этапах. В группе № 1 выделены раненые с изолированными повреждениями – 75 человек (65,2%), множественными повреждениями (2 и более сегментов одной конечности) – 17 человек (14,8%), сочетанными повреждениями конечностей – 23 человека (20%). В группу № 2 вошли раненые с изолированными повреждениями –

39 человек (69,6%), множественными повреждениями (2 и более сегментов одной конечности) – 7 человек (12,5%), сочетанными повреждениями конечностей – 10 человек (17,9%).

Основным методом лечения огнестрельных переломов конечностей у раненых группы № 1 был *внеочаговый остеосинтез* различными аппаратами внешней фиксации, которые, как правило, перемонтировались, превращаясь из транспортной или лечебно-транспортной иммобилизации в стабильный внеочаговый остеосинтез. В группе № 2 аппараты внешней фиксации перемонтировались в стабильный внеочаговый остеосинтез у 41 пациента (73,2% случаев). Это были преимущественно раненые с огнестрельными переломами голени и верхней конечности. В 15 случаях у раненых с огнестрельными переломами бедренной кости достигалось заживление ран в период лечения в стержневом аппарате (рис. 1), а затем выполнялся остеосинтез интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным активным покрытием через 2–4 недели (рис. 2). Суть метода заключается в покрытии штифта для интрамедуллярного остеосинтеза цементной «мантией» с антибиотиками перед непосредственной его установкой. Данный метод разработан и применяется с начала 2007 г. в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

Результаты лечения аппаратами внешней фиксации до достижения консолидации переломов в обеих группах по длительности лечения, количеству повторных операций, восстановлению функции конечностей не имели существенных различий. У пациентов

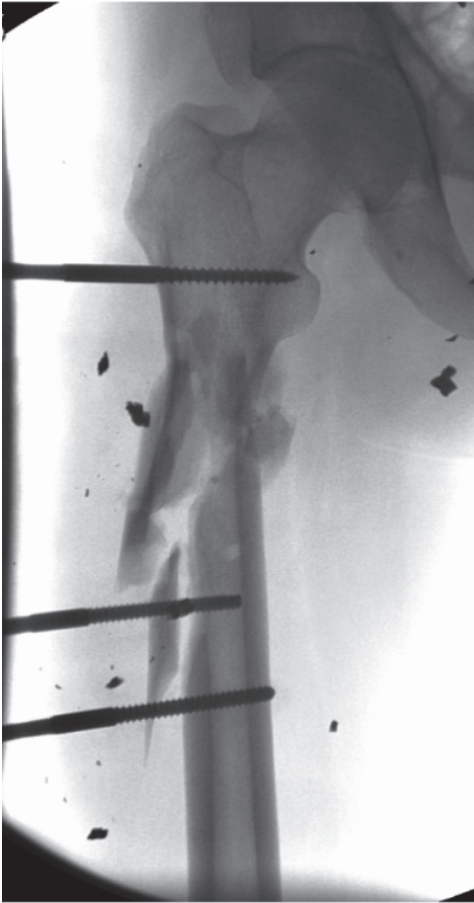


Рис. 1. Огнестрельный перелом бедренной кости, фиксированный стержневым аппаратом

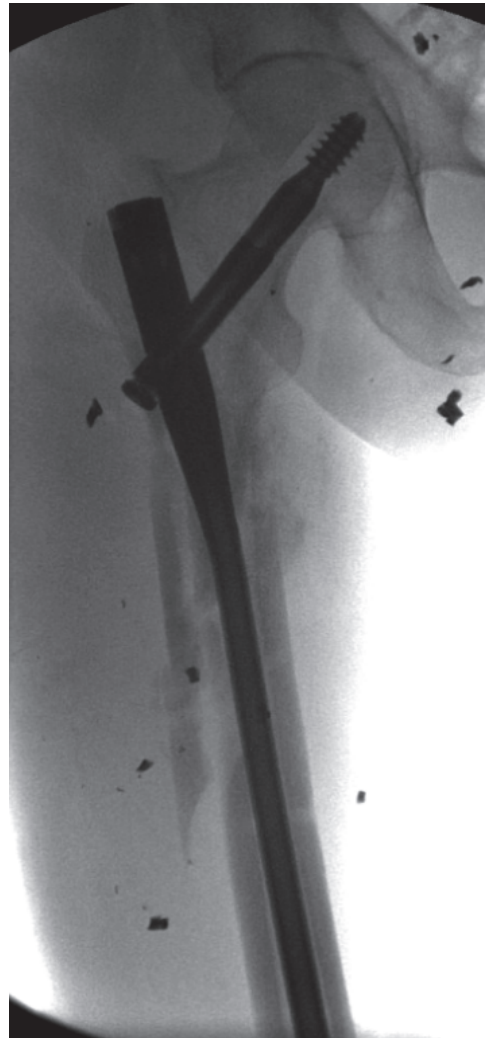


Рис. 2. Огнестрельный перелом бедренной кости, фиксированный интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным активным покрытием

группы № 2 с огнестрельными переломами бедренной кости, которым выполнялся остеосинтез интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным активным покрытием, в ранний послеоперационный период отмечен положительный результат. Послеоперационные раны у всех раненых зажили первичным натяжением. Очевидно, что данный метод лечения как более стабильный и наиболее комфортный для пациента имеет существенные преимущества перед внешним остеосинтезом. К сожалению, по разным причинам оценить результаты лечения у всех прооперированных таким образом пациентов не удалось. Нами изучены отдаленные результаты лечения только у 8 пациентов (14,3% всех пострадавших группы № 2). На рентгенограммах, выполненных через 2,5–3 мес и позже, отчетливо определя-

ются признаки консолидации переломов. Инфекционных осложнений в поздний период не отмечено.

Таким образом, остеосинтез интрамедуллярными блокируемыми штифтами с антибактериальным активным покрытием имеет существенные преимущества при лечении открытых переломов бедренной кости, в особенности ее проксимального отдела, когда лечение в аппарате внешней фиксации крайне неудобно для пациента и очень трудно добиться стабильности фиксации костных отломков.