

**ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ
КОСТЕЙ С/3-Н/3 ГОЛЕНИ (42 В-С ПО КЛАССИФИКАЦИИ АО/ASIF)
Хвисюк А.Н., Черепов Д.В., Ковалев С.И., Бабалян В.А., Гурбанова Т.С.,
Кальченко А.В.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковская городская клиническая многопрофильная больница №17, Харьков, Украина

Проблема выбора метода лечения диафизарных переломов голени не теряет актуальности. Сохраняется высокий уровень дорожно-транспортного травматизма, злоупотребление крепкими алкогольными напитками способствует высокому количеству тяжелых бытовых травм. В настоящий момент наиболее биомеханически обоснованным методом остеосинтеза закрытых оскольчатых переломов большеберцовой кости является блокирующий интрамедулярный остеосинтез (БИОС). Не только социальный фактор – необходимость приобретать металлоконструкцию пациентом, приводит к отсроченному БИОС. Лечение пострадавших согласно концепции «Контроля повреждений» требует использования в качестве первичного метода остеосинтеза простых, быстро устанавливаемых конструкций. По нашему мнению оптимальным являются стержневые системы односторонней схемы монтажа с возможностью установки стержней под углом до 90 гр. В то же время наш 15 летний опыт использования стержневых систем (аппаратов) в качестве метода остеосинтеза позволяет сделать выводы о недостатках технологии, а именно высокая вероятность вторичных смещений, развитие воспалительных реакций в зоне установки стержней, не возможность пациенту социально адаптироваться в период лечения стержневым аппаратом (вопросы гигиены, вождения автомобиля, ношение традиционной одежды и т.д.).

Материал и методы. В результате мы выработали следующий алгоритм лечения пострадавших с переломами типа 42 В-С по классификации АО. При первичном обращении пациента выполняются ургентный остеосинтез переломов большеберцовой кости стержневым аппаратом, тем самым достигается надежная фиксация фрагментов перелома, осуществляется профилактика развития синдрома купе, тромбозов сосудов, купируется болевой раздражитель. После формирования первичной костной мозоли в периоде 3-4 недель с момента травмы при анатомичном стоянии фрагментов перелома приоритет отдается сохранению первичного метода остеосинтеза, но при отсутствии надежной фиксации фрагментов, вторичном смещении перелома – выполняется демонтаж стержневого аппарата и иммобилизация задней гипсовой или пластиковой шиной. После заживления мест установки стержней (5-7 дней), снижения уровня С-реактивного белка до нормальных параметров выполняется ревизионный остеосинтез - БИОС. По данной технологии проведено лечение у 15 пострадавших. У 70% пациентов при установке интрамедулярного гвоздя использовали гибкие сверла для формирования канала. У 90% пациентов не было необходимости в открытой репозиции. Опороспособность конечности достигалась в зависимости от характера перелома в сроки от 3 до 7 недель с момента выполнения БИОС. Критерием возможности нагружать полным весом пациента травмированную конечность служил болевой симптом и данные рентгенографии. Динамизацию выполняли в сроке от 6 до 10 недель. У всех пациентов достигнута консолидация перелома без выхода на инвалидность.

Выводы.

1. Применение технологии комплексного лечения основанного на контроле повреждений позволяет избежать осложнений характерных для травматической болезни
2. Двухэтапное хирургическое лечение оскольчатых переломов костей с/3-н/3 голени (42 В-С по классификации АО/ASIF) позволяет оптимизировать сроки лечения пострадавших и обеспечивает раннюю реабилитацию пациентов.

Реферат. Проведен анализ двухэтапного лечения оскольчатых переломов костей с/3-н/3 голени (42 В-С по классификации АО/ASIF). Под наблюдением находилось 15 пострадавших, первичный остеосинтез выполнялся стержневыми системами с последующим ревизионным блокирующим интрамедулярным остеосинтезом. У всех пациентов достигнуто сращение переломов.

ДВОЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВІДЛАМКОВХ ПЕРЕЛОМІВ С/3-Н/3 КІСТОК ГОМІЛКИ (42 В-С ЗА КЛАСИФІКАЦІЄЮ АО/ASIF)

Хвисяук О.М., Д.В. Черепов, С.І.Ковальов, В.О.Бабалян, Т.С.Гурбанова, А.В.Кальченко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня №17, Харків Україна

Реферат: виконаний аналіз двоетапного лікування відламкових переломів кісток с/3-н/3 кісток гомілки (42 В-С по класифікації АО/ASIF). Під наглядом знаходилось 15 хворих, первинний остеосинтез виконаний стержневими системами з послідуєчим ревізійним блокуючим інтрамедулярним остеосинтезом. В усіх пацієнтів досягнуто консолідацію переломів.

TWO-STAGE SURGICAL TREATMENT OF COMMINUTED FRACTURES OF THE SHIN BONE S/3-N/3 (42 BC BY CLASSIFICATION AO / ASIF) CLINICAL MANAGEMENT OF NON-SPECIFIC PURULENT KOKSITIS

Khvisyuk A.M., Cherepov D.V., S.I.Kovalyov, V.A.Babalyan, T.S.Gurbanova, A.V.Kalchenko

Kharkiv Medical academy of postgraduate education

Karkiv clinical multifactorial department №17, Ukraine, Kharkiv

Abstract: the analysis of a two-stage treatment of comminuted fractures of the shin bone s/3-n/3 (42 B-C by AO / ASIF). We observed 15 patients, the primary fixation was carried out, followed by the rod system audit locking intramedullary osteosynthesis. All patients achieved fracture union.