

# КОМПЛЕКС ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПОРАНЕНИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (АТО)

Король С. О.

Українська військово-медична академія. М. Київ.

**Вступ.** За даними сучасних дослідників вогнепальні переломи кісток гомілки становлять 19,5-42,1% серед всіх переломів кісток кінцівок. Діафізарні переломи становлять 83,2%, метафізарні, внутрішньосуглобові – 16,8%. Особливостями вогнепальних переломів кісток гомілки є осколковий (35,1%) та роздроблений (41,3%) їх характер з наявністю кісткових дефектів в 9,1% випадків, з пораненнями судин (4,8%) та нервів (10,9%). Травматичний шок спостерігається у 5,3% поранених. Незважаючи на комплексне лікування вогнепальних переломів гнійні ускладнення виникають у 50,4-60,1% поранених з подальшим переходом в остеомієліт – у 38,2%. Поранення підколінної артерії відмічено в 8,6-22,2% випадків. Відновлення прохідності судини в 54,5%, а її перев'язка – в 72,5% призводить до подальшої ампутації кінцівки.

**Мета.** Проаналізувати комплекс оперативних втручань на різних рівнях медичної допомоги у поранених з переломами кісток гомілки та відривами кінцівок під час проведення АТО.

**Матеріали та методи дослідження.** Загальний масив дослідження становив 118 поранених, в тому числі 111 -із вогнепальними переломами кісток гомілки та 7 - із відривами кінцівки. Чоловіків було – 116 (98,31%), жінок – 2 (1,69%). Середній вік поранених становив 30,62+<sub>3,45</sub>. Більшість становили військовослужбовці ЗСУ –80,51%. Вогнепальні переломи проксимального відділу становили 15,25%, діафізарні – 67,81%, дистального відділу –5,08%, переломи кісточок – 5,93%, відриви кінцівки внаслідок мінно-вибухового поранення - 5,93%. За класифікацією R.V. Gustillo, J.T.Anderson (1984) переломи I ступеня спостерігались у 1,69% випадків, II – у 23,73%, IIIA – у 38,14%, IIIB – у 23,73%, IIIC – 6,78%, відриви кінцівки – у 5,93%. Проведено статистичний аналіз комплексу лікувальних заходів на різних рівнях медичної допомоги під час АТО.

**Результати.** У 118 поранених було виконано 249 оперативних втручань, які включали 430 складових. Всім пораненим була виконана первинна хірургічна обробка.

Невідкладними та терміновими оперативними втручаннями були: зашивання підколінної артерії – у 0,85%, аутовенозне протезування судин – у 5,08%, ампутації кінцівок при відриві та незворотній ішемії – у 10,17%.

Відтермінованими оперативними втручаннями були остеосинтез стержневим апаратом зовнішньої фіксації – у 76,27% поранених, повторна хірургічна обробка – у 72,03%, фасціотомія – у 23,73%, МОС апаратом Ілізарова – у 15,25%. VАС-терапія – у 4,24%, ультразвукова кавітація – у 0,85%.

Плановими операціями за первинними показаннями були вільна шкірна пластика проведена у 15,25%, МОС стержнем – у 8,47%, накладання відтермінованих швів – у 5,93%, МОС пластиною – у 5,93%, ре МОС апаратом Ілізарова – 2,54%, система скелетного витяжіння – 1,69%, МОС спицями – 0,85%, демонтаж стержневого АЗФ – у 0,85%, МОС апаратом Костюка – у 0,85%, ре МОС 2 гвинтами та апаратом Костюка – у 0,85%, видалення спиць – у 0,85%, ре МОС стержневим АЗФ – у 0,85%, остеотомія великогомілкової кістки – у 0,85%. Плановими операціями за вторинними показаннями були ВХО рани – у 3,39%, проточне дренирування – у 0,85%, некрсеквестректомія – у 0,85%. Як тактична помилка на II рівні медичної допомоги в 3,39% випадків була сформована кукса.

**Висновки.** На сучасному етапі залишається актуальною рання доставка поранених з вогнепальними переломами гомілки та відривами кінцівки на II рівень медичної допомоги в Військовий мобільний госпіталь або Центральну району лікарню. Остаточна зупинка кровотечі – є важливим протишоковим заходом. У зв'язку з означеним за невідкладними показаннями на II рівні медичної допомоги при зворотній ішемії кінцівки необхідно

виконати шов артерії або ауто венозне протезування судини, відсікти кінцівку, що знаходить на лоскуті. Відтермінованими оперативними втручаннями II рівня є первинна хірургічна обробка рани з подальшою фасціотомією та накладанням стержневого апарату зовнішньої фіксації. На III рівні медичної допомоги в Військовому госпіталі проводяться повторні хірургічні обробки з обов'язковою фасціотомією, використанням VAC-терапії, ультразвукової кавітації та накладанням стержневого апарату зовнішньої фіксації. На IV рівні медичної допомоги планові оперативні втручання за первинними та вторинними показаннями.