

## ПЕРВИЧНЫЙ И ОТСРОЧЕННЫЙ ВНУТРЕННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Соловьёв И.Н., Литвинов И.И., Тимушев А.А., Шакола С.К., Кумзеров П.Н.  
ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития  
России

Открытые повреждения костей голени наблюдаются чаще других открытых переломов и представляют сложную медико-социальную проблему. Одним из дискуссионных аспектов лечения данных повреждений является выбор окончательного способа остеосинтеза большеберцовой кости.

**Цель исследования:** Изучение результатов и осложнений первичного и отсроченного внутреннего остеосинтеза при открытых переломах костей голени.

**Материалом для исследования** послужили 72 пациента в возрасте 21 - 90 лет, лечившиеся в ГУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В. Соловьева в 2009 - 2010 годах по поводу открытых переломов костей голени. Из них у 17 (23,6 %) имелись множественные и сочетанные повреждения. В соответствии с модифицированной классификацией Gustilo-Anderson (1984) распределение переломов было следующим: 19 (26,4 %) - I тип, 23 (31,9 %) - II тип, 25 (34,7%) - IIIA тип, 4 (5,6%) - IIIB тип, 1 (1,4%) - IIIC тип. Оценку результатов производили на основе шкалы Neer-Grantham-Shelton (1967).

Сроки выполнения первичной хирургической обработки и внутреннего остеосинтеза определялись типом открытого перелома и тяжестью сопутствующих повреждений в соответствии с протоколом «damage control». При этом у 42 пациентов (58,3 %) первичная хирургическая обработка открытого перелома голени была осуществлена в период до 6 часов с момента травмы, у 28 (38,9%) - от 6 до 24 часов, у 2 (2,8%) - более 24 часов.

Первичный внутренний остеосинтез произведен у 39 пациентов: внутрикостный - 28 (71,8%); накостный - 11 (28,2 %). Из них 17 имели I тип повреждения, 19 - II тип, 3 – IIIA тип. Глубоких нагноений, несращений не было. У пяти (12,8 %) имел место поверхностный краевой некроз. В 79% наблюдений достигнут отличный результат лечения, в 21% - удовлетворительный.

Отсроченный внутренний остеосинтез был применен у 33 больных: внутрикостный - 21 (63,6%); накостный - 12 (36,4%). В данной группе у 2 пациентов имел место I тип повреждения, у 4 - II тип, у 22 – IIIA тип, у 4 – IIIB тип, у 1 – IIIC тип. Для первичной лечебной иммобилизации использованы аппараты внешней фиксации в 13 наблюдениях, скелетное вытяжение - в 15, гипсовые лонгеты – в 5. Позднее глубокое нагноение и остеомиелит развились у двоих при переломах IIIB типа. Несращений не было. Отличные результаты лечения определены у 83% пациентов, удовлетворительные – у 14%, неудовлетворительные – у 3%.

Таким образом, при оперативном лечении открытых переломов костей голени I , II , IIIA типов по Gustilo-Anderson целесообразно применение внутренней фиксации в качестве способа окончательного остеосинтеза большеберцовой кости.

Первичный и отсроченный внутренний остеосинтез при открытых повреждениях костей голени.