

количество ВАНК, сократить сроки лечения и существенно улучшить социальную и трудовую реабилитацию данной категории больных.

## **СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

*Третьяков А. А., Николаев В. И., Рубанов Л. Н., Цветков Е. А.,  
Маканин А., Чернов А. А., Славников И. А.*

*«Гомельский областной центр термической травмы  
ран и раневой инфекции, реконструктивной хирургии»*

*Государственное учреждение здравоохранения*

*«Гомельская городская клиническая больница № 1»*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

Основной проблемой в лечении развившихся посттравматических остеомиелитов большеберцовой кости с обширными дефектами мягких тканей является одномоментная необходимость стабилизации костных отломков (зачастую с необходимостью их частичной резекции) и полноценного укрытия их мягкими тканями с достаточным уровнем кровообращения для максимально быстрого заживления ран и сращения переломов.

### ***Материалы и методы***

С 2008 по 2010 гг. в Гомельском областном центре термической травмы, ран и раневой инфекции, реконструктивной хирургии и травматологическом отделении ГКБ № 1 пролечено 6 пациентов с посттравматическими остеомиелитами большеберцовой кости, осложненными обширными дефектами мягких тканей. У всех пациентов первично были открытые переломы берцовых костей. По классификации АО переломы были представлены: 41А — 1 пациент, 42В — 1, 42С — 2, 43А — 1, 43С — 1. Средний возраст пациентов составил  $47 \pm 15$  лет. До поступления: 4 пациентам проводился нестабильный остеосинтез переломов аппаратом внешней фиксации (Илизарова) из 3-х колец с отсутствием натяжения спиц и фиксацией стопы в эквинусном положении, у 1 пациента выполнялся остеосинтез пластиной АО (впоследствии удаленной из-за развившегося остеомиелита и некроза кожи) и у 1 пациента применялось скелетное вытяжение. Пяти пациентам до поступления не проводилось кожно-пластических операций. У 1 пациента производились послабляющие лампасные разрезы с исходом в некроз кожных лоскутов.

Всем 6 пациентам выполнялись симультанные операции с одномоментным участием травматологов и пластических хирургов. Всем 6 пациентам проводилась некрсеквестрэктомия и остеосинтез отломков аппаратом внешней фиксации по Илизарову с пластикой дефектов мягких тканей. В 4 случаях обширных дефектов кожи выполнялась пластика миофасциальным лоскутом, дополняемая аутодермопластикой, а в 2-х случаях обширных гранулирующих ран — только аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом после предварительного лечения раны отрицательным давлением с использованием Вак-установки. В дальнейшем, в зависимости от объема дефектов кости и объема рубцовых изменений кожи, были применены: в случае обширного (18 см) дефекта кости и обширных рубцовых изменений кожи — произведена транспозиция малоберцовой кости, в случае дефекта кости 9 см с небольшим объемом рубцовых изменений произведен биллокальный остеосинтез по Илизарову, у остальных 4 пациентов с незначительным костным дефектом произведена одномоментная репозиция и стабилизация отломков.

### **Результаты**

У всех пациентов заживление ран, приживание лоскутов и ремиссия остеомиелитического процесса достигнуты в течение 2–3 недель. У 2-х пациентов наступило сращение (в течение 6 и 8 месяцев), у следующих 2-х пациентов (4 и 5 месяцев) продолжается фиксация до полного сращения. У пациента с транспозицией малоберцовой кости (10 месяцев) проводится поэтапный демонтаж аппарата Илизарова, у пациента с билочальным остеосинтезом (12 месяцев) завершается восстановление длины большеберцовой кости.

### **Выводы**

1. В процессе лечения открытых переломов и остеомиелитов большеберцовой кости с дефектами мягких тканей необходимо раннее, одномоментное симультанное лечение специалистами по пластической хирургии и травматологов для обеспечения быстрого и эффективного сращения кости и восстановления дефектов мягких тканей.

2. Пластика дефекта кости мышцей обеспечивает адекватное кровоснабжение и создает оптимальные условия для сращения перелома и заживления раны в максимально короткие сроки.

3. Применение билочального остеосинтеза при больших дефектах большеберцовой кости имеет свои недостатки в виде малой скорости роста и созревания костного регенерата и наличия рубцово-воспалительных явлений по ходу смещаемых спиц и должно, по нашему мнению, применяться в только случаях достаточного сохранения мягких тканей и дефекте кости до 8–10 см.

4. Транспозиция малоберцовой кости на обширный дефект большеберцовой позволяет одномоментно решить проблему замещения дефекта кости свыше 10–12 см при обширных посттравматических изменениях мягких тканей. При использовании этого метода уменьшается длительность стационарного лечения, сохраняется способность пациента к самообслуживанию, облегчается управление сращением в аппарате внешней фиксации и не провоцируется развитие рубцово-воспалительных процессов вокруг спиц и стержней аппарата.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАН ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РЕПЛАНТИРОВАННЫМИ ЧАСТЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Губарь В. В., Булат А. В., Трусъ С. М., Сазонов А. В.*

*Учреждение образования*

*«Гродненский государственный медицинский университет»  
кафедра анестезиологии-реаниматологии*

*Учреждение здравоохранения*

*«Гродненская областная клиническая больница СМП»  
отделение нейрохирургии*

*г. Гродно, Республика Беларусь*

### **Введение**

Большинство травм в настоящее время имеют техногенный характер, поэтому количество больных, поступающих с подобными травмами будет оставаться таким же. Правильное и своевременное оказание медицинской помощи поможет увеличить количество положительных результатов лечения, сократить сроки нахождения больных в стационаре.

При значительных повреждениях мягких тканей конечностей (открытый перелом, синдром позиционного сдавливания, отчленение, частичное отчленение) возникает нарушение кровообращения и питания дистальных отделов конечностей, либо его полное отсутствие (в отчлененных фрагментах). Возникающая кровопотеря приводит к уменьшению гемоглобина крови и снижению кислород-транспортной функции крови. Инфузионная терапия, направленная на восполнение объема циркулирующей крови и терапия