

Антунович А.С.

РОЛЬ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Довгалевич И.И.

*Кафедра травматологии и ортопедии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Повышение популярности активных видов спорта и средств индивидуальной мобильности среди населения в том числе, электросамокатов приводит к неуклонному росту травматизма. Открытые переломы костей голени занимают около 20% от общего количества открытых переломов. Несмотря на современные достижения травматологии и ортопедии в лечении и реабилитации различных видов переломов, именно лечение открытых переломов голени имеет ряд определенных особенностей и трудностей, с которыми сталкиваются врачи в своей практике.

Цель: определить частоту отклонений компоновки аппарата внешней фиксации при открытых переломах костей голени от рекомендаций Ассоциации Остеосинтеза.

Материалы и методы. Данные ретроспективного анализа историй болезни, рентгенограмм и протоколов операций пациентов, проходивших лечение на базе УЗ «6-я ГКБ» с 01.01.2024 по 03.03.2026 гг. В ходе исследования было установлено, что среди 288 пациентов у 23 из них был установлен диагноз «открытой перелом костей голени», что составляет 7,99%. Из них 2,78% (8 чел./288 чел) имели диагноз S82.2, 3,82% (11 чел./288 чел.) - диагноз S82.3, и 1,39% (4 чел./288 чел.) - диагноз S82.7. Среди открытых переломов преобладают переломы дистального отдела большеберцовой кости - 47,83% (11 чел./23 чел.). 60,87% (14 чел./23 чел.) из пациентов занимают мужчины и 39,13% (9 чел./24 чел.) - женщины. Возраст пациентов варьирует от 30 до 77 лет. Установлено, что из 23 пациентов, для 14 (60,87%/23 чел.) первичным методом лечения выбрано скелетное вытяжение и у 9 (39,13%/23 чел.) пациентов применялся аппарат внешней фиксации.

Результаты и их обсуждение. Ассоциация остеосинтеза указывает на применение трех фиксаторов-стержней, при необходимости добавляя 4-ый - добавочный через пяточную кость. Одноплоскостная компоновка аппарата обладает меньшей стабильностью, чем многоплоскостная. При постановке стержней учитываются безопасные зоны: в средней части большеберцовой кости под угрозой находятся передняя большеберцовая артерия и вена вместе с глубоким большеберцовым нервом. В дистальном отделе большеберцовый нервный пучок расположен близко к заднебоковой границе большеберцовой кости и находится под угрозой повреждения. При проведении штифта через пяточную кость риску повреждения подвержен задняя большеберцовая артерия, медиальный и боковой подошвенный нерв, медиальный пяточный нерв. В ходе исследования выявлены 2 одноплоскостные компоновки аппарата, что менее стабильно, остальные многоплоскостные. Триангулярная компоновка аппарата с фиксацией пяточной кости встречается в 4 случаях при локализации перелома в дистальных отделах большеберцовой кости. В 80% случаев были изменены узлы постановки от классической рекомендуемой схемы.

Выводы. Процент открытых переломов костей голени остается на достаточно высоком уровне, по-прежнему требуя своевременного и адекватного лечения для сохранения здоровья и жизни пациента на «до травматического» уровне. «Золотым стандартом» для лечения открытых переломов костей голени является установка аппарата внешней фиксации. Лечение открытых переломов костей голени является трудным длительным процессом, которое достаточно часто отклоняется от «золотого стандарта». Что обусловлено тяжестью перелома, анатомическими особенностями и состоянием организма каждого конкретного пациента.