

**Возможности конверсионного остеосинтеза при лечении пациентов с переломами длинных костей конечностей**

**Научный руководитель – Солод Эдуард Иванович**

**Алсмади Ясин Мохаммад Ибрагим**

*Аспирант*

Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, Москва, Россия

*E-mail: yaseenalsmadi@gmail.com*

**Актуальность темы исследования.**

Диафизарные переломы бедра составляют около 20-25% от всех переломов нижней конечности. Они часто сопровождаются развитием травматического шока; смертность у этих больных доходила до 17,3% [2]. Диафизарные переломы голени составляют 11-13% всех переломов длинных трубчатых костей, переломы диафиза плеча 4%, а переломы предплечья составляют 11,3% от общего числа переломов [1, 2, 3].

Адекватный выбор тактики, методов и сроков лечения пациентов с переломами длинных трубчатых костей по принципу Damage control важен для положительного исхода травмы [5]. В последние годы травматологи чаще стали использовать конверсионный остеосинтез, который по мнению М. Bahndari и других [8] является наиболее оптимальным на первом этапе лечения пациентов с переломами длинных трубчатых костей.

**Цель нашего исследования:** разработка показаний методик и времени (хронометраж) использования конверсионного остеосинтеза при лечении пациентов с переломами длинных трубчатых костей.

**Материалы и методы исследования:**

Наше исследование основано на анализе клинического материала конверсионного остеосинтеза у 120 пациентов с переломами длинных костей конечностей за период времени с 2017 по 2018 года. Из них 66 (55%) женщин и 54 (45%) мужчин в возрастной группе от 25-75 лет.

Всем пациентам при поступлении в качестве противошоковой терапии в сочетании с локальным обезболиванием и инфузионной терапией, производили фиксацию поврежденного сегмента стержневым аппаратом. При компоновке стержней и дизайна аппарата учитывали характер сегмента и уровень перелома. Срочную стабилизацию отломков у пациентов, поступивших в тяжёлом состоянии сразу же произвели 44 (36,7%) пациентам; поступившим изначально в тяжелом состоянии. Такой подход обеспечивал возможность эффективного ухода и наблюдения за пострадавшим с целью профилактики развития у пациентов травматического шока, жировой эмболии и тромбозов вен поврежденного сегмента, а также повреждения магистральных сосудов и нервов. После улучшения общего состояния в сроки 3-7 дней вторым этапом этим пациентам производили переход (конверсия) на погружной заключительный остеосинтез стержнями или пластинами в зависимости от характера и локализация переломов, а также от соматического состояния пострадавших.

Во второй группе 76 (63,3%) пациентам производили внеочаговый остеосинтез стержневыми аппаратами при наличии выраженного отека, ран (по классификации Gustilo I-II типа) и множественных ссадин кожных покровов, что не позволяло проведению погружного остеосинтеза сразу же при поступления их в стационар

**Результаты и их обсуждение**

Оценка результатов лечения пациентов с переломами длинных костей конечностей была произведена по системе оценки исходов (СОИ) предложенная Любошицу-Маттису-Шварцбергу.

Хорошие результаты были получены в 92% случаев. У одного пациента с переломом средней трети правой голени при нарушении режима после выписки (ходьба с полной нагрузкой на правую ногу), что привело к поломке импланта и операции реостеосинтеза. Отдаленный результат лечение хороший.

Проведенное исследование подтвердило целесообразность конверсионного остеосинтеза в лечении больных с диафизарными переломами. Использование методики перевода фиксации отломков аппаратом наружной фиксации на внутренний остеосинтез (конверсией) способствовало сокращению сроков стационарного лечения пациентов.

Таким образом, наши исследования показали клиническую целесообразность фиксации диафизарных переломах с использованием аппарата внешней фиксации на первичном этапе с последующим переходом (конверсия) в надкостный или внутрикостный остеосинтез.

### Источники и литература

- 1) ЛИТЕРАТУРА: 1) Соколов В.А., Бялик Е.И. Тактика оперативного лечения закрытых переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой в раннем периоде. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003; 3: 3–9 [Sokolov V.A., Byalik L.N. Tactics of operative treatment for closed long bone fractures in patients with polytrauma in early period. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2003; 3: 39 (in Russian)]. 2) Остеосинтез переломов длинных костей конечностей гвоздями с пластической Ямковой А.Д Автореферат 2017 24с.С 3-4. 3) Трофимов А.Н., Черновол С.И., Дунай О.Г. О лечении диафизарных переломов голени. Ортопедия, травматология и протезирование. 2004; 1: 21–4 [Trofimov A.N., Chernovol S.I., Dunai O.G. On treatment of diaphyseal shin fractures. Ortopediya, travmatologiya i protezirovanie. 2004; 1: 21–4 (in Russian)]. 4) Корж Н.А., Дедух Н.В. Репаративная регенерация кости: современный взгляд на проблему. Стадии регенерации. Ортопедия, травматология и протезирование. 2006; 1: 77–84 [Korzh N.A., Dedukh N.V. Reparative bone regeneration: modern view of a problem. Stages of regeneration. Ortopediya, travmatologiya i protezirovanie. 2006; 1: 77–84 (in Russian)]. 5) Оганесян О.В. Модифицированный аппарат для репозиции и фиксации костных отломков. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2001; 2: 36–9 [Oganesyanyan O.V. Modified apparatus for bone fragments reposition and fixation. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2001; 2: 36–9 (in Russian)] 6) M. Bhandari, M. Zlowodzki, P. Tornetta 3rd., A. Schmidt, D.C. Templeman Intramedullary nailing following external fixation in femoral and tibial shaft fractures J Orthop Trauma, 19 (2005), pp. 140-144