

## **НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ И НЕРВОВ**

**Ананьев Н.И., Тихонов А.Г., Федоров В.Н., Никандров А.И., Драгунов А.Г., Смирнов Л.П., Буряченко Б.П.**

**Чувашский государственный университет, кафедра травматологии, г. Чебоксары**

Повреждение крупных кровеносных сосудов и нервов при огнестрельных ранениях конечностей является тяжелой травмой и его лечение представляет собой сложную задачу.

Известно, что при таких повреждениях необходимо в первую очередь произвести реанимационные мероприятия, включающие временный гемостаз наложением давящей повязки или жгута. Во время первичной хирургической обработки раны временное шунтирование магистральной артерии с помощью пластмассовых трубок способствует раннему восстановлению кровообращения конечности и предупреждению развития дальнейших ишемических изменений. Это дает также возможность более точной оценки состояния тканей и определения объема иссечения нежизнеспособных тканей во время операции. После этого выполняют обработку поврежденной кости и фиксацию переломов костей методами внеочагового компрессионного остеосинтеза. В дальнейшем выполняют обработку поврежденных нервов и если нет массивного повреждения мягких тканей, то производят первичный шов нерва или его пластику. Восстановление поврежденных вен производят наложением бокового или циркулярного шва, а для замещения дефектов глубоких магистральных вен могут применяться аутоинозные трансплантаты. Перевязка магистральной вены не должна применяться, потому что даже при восстановлении полноценного артериального кровотока значительно ухудшается обратное развитие ишемии. При невозможности восстановления поврежденных вен производят широкую фасциотомию для улучшения оттока венозной крови.

Окончательная реконструкция магистральной артерии выполняется после этих этапов операции выделением артерии выше и ниже места повреждения. При полном перерыве артерии или небольших дефектах стенки иссекают края артерии и накладывает термино-терминальный шов. При повреждении артерии на протяжении более 3-4 см выполняется замещение дефекта аутопластическим или сосудистым протезом. Пластику артерий конечностей среднего и малого калибра выполняют аутоиной, а крупных артерий производят синтетическими сосудистыми протезами.

После восстановления сосудов восстанавливают целостность поврежденных нервов и мягких тканей. Рана тщательно дренируется, мягкие ткани инфильтрируются растворами антибиотиков. В большинстве случаев рана ушивается наглухо с оставлением дренажей. При наличии дефекта кожи его закрывают перемещенным кожным лоскутом или свободным кожным трансплантатом. В послеоперационном периоде назначается антикоагулянтная терапия гепарином. Для предупреждения и лечения артериоспазма применяют сосудорасширяющие средства, введение новокаина вокруг сосудисто-нервного пучка в области травмы, а также выполняют периартериальную симпатэктомию. Для профилактики гнойных осложнений выполняется постоянное орошение полости раны антисептическими растворами методом приточно-отточного дренирования.

В травматологическом отделении №1 МУЗ «ЦГБ» г. Чебоксары в последние три года лечились трое больных с тяжелыми огнестрельными ранениями бедра, которые сочетались открытым многооскольчатым переломом бедренной кости, повреждением бедренных сосудов, седалищного нерва, размождением и дефектом мягких тканей и наличием инородных тел, травматическим шоком II-III степени.

Этим больным, после проведения противошоковых мероприятий и стабилизации функциональных показателей, была проведена операция первичная хирургическая обработка раны с участием ангиохирурга по классической описанной выше методике.

В послеоперационном периоде больным назначены все методы комплексной профилактики гнойных осложнений и общего воздействия. У первого больного рана зажила первичным натяжением. У второго больного на третьей неделе наступило осложнение в виде острого тромбоза глубоких вен нижней конечности. Поэтому проведена интенсивная антикоагулянтная и улучшающая микроциркуляцию тканей терапия. Третьему больному во время операции ПХО раны после этапа реконструкции сосудов произведена катетеризация магистральной артерии проксимальнее места ее повреждения для внутриартериальной инфузии лекарственных веществ по нашей методике (Рац. предложение №1099 от 11.08.06 г.). У этого больного осложнения не наблюдались. У всех наблюдавшихся больных срастание переломов наступило после 5 месяцев со дня получения травмы, спице-стержневые аппараты сняты, опорности конечностей восстановлены.

Таким образом, лечение больных при такой тяжелой травме, как огнестрельное ранение конечностей с одновременным повреждением крупных магистральных сосудов и нервов является актуальной и в настоящее время. Очевидно, что необходимо продолжить дальнейшие поиски эффективных методов профилактики тромбоэмболических осложнений и инфекции, а также улучшения микроциркуляции и трофики тканей.