

РАННЯЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

В данной статье рассмотрены проблемы ранней стабилизации переломов конечностей при политравмах. Применение первичного остеосинтеза (в том числе и блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза) в ранние сроки позволило достоверно снизить реанимационную летальность. Для более широкого внедрения этого прогрессивного метода необходимо организовать круглосуточную травматологическую операционную с ортопедическим столом и флюороскопическим контролем. Возникает необходимость совершенствования тактики и методов лечения сочетанной и множественной травмы, что является актуальной проблемой в современной травматологии.

Ключевые слова: перелом, политравма, остеосинтез, репозиция

Политравма — медицинская и социальная проблема, вот уже более тридцати лет привлекающая внимание медиков. Это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечности с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения, включающий в себя одновременно начало и развитие нескольких патологических состояний и проявляющийся глубоким нарушением обмена веществ, изменениями во всех системах организма. Политравмы возникают чаще всего в результате автомобильных катастроф, при падении с большой высоты; реже это производственные травмы. Политравму ни в коем случае нельзя отождествлять с суммой повреждений, это особое качественное состояние, особый вид патологии с присущими ей специфическими признаками, почти во всех случаях проявляющейся длительно протекающей травматической болезнью. Политравма — трудно разрешимое состояние в диагностическом, тактическом и лечебном плане. Кроме синдрома взаимного отягощения для нее характерно большое количество осложнений, трудности в диагностике, необходимость взаимоисключающих лечебных мероприятий.

Актуальность проблемы не вызывает сомнений, так как частота политравм из года в год растет и уже достигает 13-22% всех видов травматических повреждений. Летальность остается высокой — 18-24%, постоянная инвалидность составляет 6-15%, что в 10 раз превышает инвалидность при изолированной травме; 2/3 пострадавших — люди молодого трудоспособного возраста, следовательно, проблема имеет и социальную значимость. В экономически развитых странах травмы и несчастные случаи занимают 2-е место среди причин инвалидности и 3-е место среди причин смертности населения. В возрасте 11—45 лет травматизм как причина смерти занимает 1-е место. Травматология по сути не может быть узкой специальностью, так как повреждаются любые части тела и органы. Для того чтобы лечить сложные и разнообразные повреждения, врач-травматолог должен быть специалистом широкого профиля, в том числе иметь общехирургическую подготовку. Наш опыт оказания помощи при политравме показал, что травматолог (хирург) работает в содружестве с реаниматологом с момента поступления пострадавшего в приемное отделение клиники, примерно к каждому пятому пациенту привлекается нейрохирург; другие "узкие" специалисты участвуют в оказании помощи значительно реже. Оказание помощи при политравме имеет свою специфику и трудности. Особая тяжесть состояния пациентов затрудняет лечебно-диагностический процесс. Наибольшие сложности возникают на реанимационно-диагностическом этапе, поскольку врач имеет дело с больным в состоянии шока и жестко ограничен во времени (компенсация больного нестойкая, в любой момент состояние может стать критическим). Как правило, имеются показания к нескольким одномоментным манипуляциям и операциям, дополнительные методы исследования не всегда выполнимы, так как требуют много времени.

В связи с этим возникает необходимость совершенствования тактики и методов лечения сочетанной и множественной травмы, что является актуальной проблемой в современной травматологии.

Остаются дискуссионными вопросы выбора методов остеосинтеза, сроков и очередности операций. Основными требованиями к остеосинтезу в лечении пострадавших с политравмой являются: 1) надежная иммобилизация костных отломков; 2) минимальная инвазивность; 3) малая травматичность; 4) непродолжительность времени хирургического вмешательства.

До сих пор считалось, что этим требованиям удовлетворяет чрескостный остеосинтез спице-стержневыми аппаратами (ЧКДО). В настоящее время ЧКДО применяется только при открытых переломах на всех сегментах и как первый этап стабилизации при переломах таза и голени. С появлением блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) последний полностью удовлетворяет этим требованиям и с успехом применяется при переломах бедра, голени и плеча. При этом выявились дополнительные положительные качества, а именно: одномоментная хорошая репозиция, отсутствие необходимости в этапных операциях, минимальный риск послеоперационного инфицирования. Анатомическая кривизна стержня, возможность закрытой репозиции уменьшают травматичность операции, а использование блокирования позволяет надежно стабилизировать оскольчатые переломы и переломы, локализующиеся в верхней и нижней трети сегмента. Некоторым недостатком, по нашему мнению, является необходимость специального положения пациента на операционном столе, а также наличие ЭОПа.

Материал и методы

В основе данного исследования лежит анализ результатов лечения 19 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, за последние 2 года находившихся в травматологическом и реанимационном отделениях клиники. Этим пациентам произведены различные операции на костях и суставах: остеосинтез таза - у 3, бедренных костей - у 6 (БИОС - у 4, ЧКДО - у 2), костей голени - у 6 (БИОС - у 4, ЧКДО - у 2), остеосинтез костей верхней конечности - у 7 (БИОС - у 5, ЧКДО - у 1, пластины - у 1), остеосинтез лодыжек - у 2, остеосинтез костей стопы - у 1, повторные обработки ран, кожная пластика - у 2. Двадцать пять операций были выполнены в остром (от 2 до 7 суток) периоде сочетанной травмы в стадии относительной компенсации, и в условиях

реанимационного отделения. Показаниями к такому раннему остеосинтезу закрытых переломов являются такие «шокогенные» повреждения, как нестабильные повреждения таза, диафизарные переломы 2-х и более сегментов нижних конечностей. Основными принципами в лечении диафизарных переломов нижних и верхних конечностей у больных с сочетанной и множественной является ранняя стабилизация поврежденных сегментов с целью профилактики осложнений травматической болезни, а также в комплексе противошоковых мероприятий.

Выводы

Таким образом, блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) предпочтителен при множественных закрытых переломах длинных трубчатых костей из-за малой травматичности, надежной фиксации, минимального риска инфицирования. Активное применение первичного остеосинтеза (в том числе и блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза) в ранние сроки позволило достоверно снизить реанимационную летальность. Для более широкого внедрения этого прогрессивного метода необходимо организовать круглосуточную травматологическую операционную с ортопедическим столом и флюороскопическим контролем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кузьменко В.В., Гиршин С.Г., Литвина Е.А. Спорные вопросы в проблеме выбора тактики при множественных переломах и тяжелых сочетанных повреждениях. Оказание помощи при сочетанной травме: Сборник научных трудов. Том 108. НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. - М.: 1997. - 218 с.
- 2 PiotrCieslik, PiotrPiekarczyk, WojciechMarczynski. Results of retrograde intramedullary nailing for distal femoral fractures- own experience. «Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja». - 6(6). - 2007.
- 3 Jenny JY, Jenny G, Gaudias J, Kempf I. Risk of infection in centro-medullary locking nailing of open fractures of the femur and tibia. ActaOrthopBelg. – 1995. - 61 Suppl. – 1. – P. 212-215.
- 4 Klein M., Rahn B.A., Frigg R., Kessler S., Perren S.M. Die BlutzirkulationnachMarknagelungohneAufbohren. Proceedings of the Osteosynthese International. Gerhard KuentscherKreis, Vienna, Austria: 1989. - 3. – P. 16-18.

Р.А. АРШИДИНОВ

КӨП ЖАРАҚАТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДА ТҮТІКШЕ СҮЙЕКТЕРДІҢ ДИАФИЗИНІҢ СЫНЫҚТАРЫН
ЕРТЕ ТУРАҚТАНДЫРУ ӨДІСІ

Түйін: Көпжаракаталған науқастардың оперативті емінде–БИОС құрылғыларын қолдану науқас үшін еңқолайлы тәсіл болып отыр. Бұл тәсілді қолданған науқастар аяғынан ерте уақыт ішінде тұрып, реабилитациялық емнің уақыты қысқарады. Бұл тәсілдіенгізу үшін тәулік бойы жұмыс істейтін ЭОП құрылғысы бар операциялық бөлме керек.

R.ARSHIDINOV

EARLY STABILIZATION OF DIAPHYSIS FRACTURES OF PATIENTS WITH POLYTRAUMA

Resume: So, blocked intramedullary ostiosynthesis (BIOS) is for plural closed fractures of long tubulous bone by reason of fewer traumas, reliable fixation, and minimal risk of infection. The active using of primary ostiosynthesis (also the blocked intramedullary ostiosynthesis) at early time allowed to lower reanimation lethality. For wider introduction of this progressive method must organize day-night traumatically operating room with orthopedic table and fluoroscopically control