

Ажикулов Р.Н.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

R.N. Azhikulov

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH FRACTURES OF THE TIBIA WITH MULTIPLE AND COMBINED TRAUMA

УДК 616. 717/718-001.5

Проанализированы результаты внутрикостного блокирующего остеосинтеза у 156 больных с переломами длинных костей, конечностей при множественной и сочетанной травме, на 6-8 сутки после травмы производили мало травматичные методы оперативного лечения, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез. В послеоперационном периоде внешней иммобилизации не применялись всем больным разрешили ранней активизации, опорная нагрузка оперированную конечность. К разработке движений приступали со 2-го дня после операции, путем пассивно-активных движений поврежденных суставов.

Таким образом, интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием занимает важное место в системе лечения больных множественной и сочетанной травме.

Ключевые слова: травмы, переломы, диафизарные переломы костей голени.

The results of the blocking osteosynthesis were analysed at 156 patients with the fractures of long bones with multiple and combined trauma, for 6-8 days after low-impact methods of operative treatment were produced, intramedullary blocking osteosynthesis. In the postoperative external immobilization have not been applied to all patients were allowed early activation, supporting the load the operated limb. For the development of movements, patients begun from the 2nd day after surgery, by passive-active movement of damaged joints.

Accordingly, intramedullary osteosynthesis with locking pin occupies an important place in the treatment of patients with multiple and combined trauma.

Keywords: trauma, fractures, diaphyseal fractures of the shin bone.

Введение. Актуальность лечения переломов костей голени обусловлена частыми переломами, длительностью временной нетрудоспособности и большими процентами инвалидности. Переломы костей голени составляют 7,8 % от всех переломов костей, в множественной и сочетанной травме их доля составляет от 18,5% до 29% [1].

Анализ научной литературы последних лет пока зал, что диафизарные переломы являются одним из самых тяжелых повреждений конечности при множественной и сочетанной травме, сопровождаются большей кровопотерей и развитием травматического шока 35,3% пострадавших [2]. Переломы костей голени, как правило, происходят в результате высоко-энергетической травмы, и часто встречаются у молодых, активных людей и составляют 77,3%, причем более 30% из их носят

оскольчатый характер, являются открытыми и отличаются большой зоной повреждения мягких тканей [3,1]. Известно, что около 60% случаев открытые переломы длинных костей в процессе лечения осложняются нагноениями после операционных ран. Поздними осложнениями при оперативном лечении переломов диафиза длинных костей являются замедленная консолидация отломков, образование ложного сустава, развитие остеомиелита 0,4-22,4% случаев [4,2].

Диафизарные переломы длинных костей занимают одно из первых мест среди причин продолжительной временной нетрудоспособности и первичной инвалидности у больных после травм и заболеваний костномышечной системы. Следствием чего являются длительная временная нетрудоспособность, инвалидность, относительно высокая смертность, огромные материальные затраты на лечение и целый комплекс проблем медико-социальной реабилитации таких больных.

Применение устаревших технологий диагностики и лечения переломов длинных костей, отсутствие дифференцированного подхода к выбору оптимальной методики лечения, промедление с оперативным вмешательством, применения спицевых и стержневых аппаратов внешней фиксации, и погружных остеосинтезов больных с диафизарными переломами до сих пор не привело к ощутимому улучшению результатов лечения и снижению уровня первичной инвалидности [5].

В настоящее время не существует общепринятых, объективных критериев для обоснованного выбора оптимального времени выполнения остеосинтеза диафизарных переломов при изолированной и множественной травме [6].

В травматологии и ортопедии интрамедуллярный остеосинтез общепризнан как в России, так и за рубежом и широко используется, так как имеет большое количество показаний к применению [7]. С момента внедрения этого метода в клиническую практику он стал наиболее предпочтительным в лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей как при политравме, так и при изолированных повреждениях. Метод получил столь широкое распространение в связи с тем, что его применение впервые обеспечило правильную и жесткую фиксацию отломков, без нарушения кровоснабжения надкостницы и повреждения ок-

ружающих мягких тканей, а также способствует быстрой реабилитации пациента без использования гипсовой иммобилизации [8]. На сегодняшний день остаются в силе основные биомеханические и биологические принципы лечения переломов путем применения метода закрытого интрамедуллярного остеосинтеза [9]. Закрытая репозиция, сохранение гематомы в месте перелома и затем фиксация с помощью интрамедуллярного стержня в соответствии с типом перелома (Kuntscher G., 1958). Применение современных малоинвазивных методов лечения патологии опорнодвигательного аппарата, к каковому относится и метод закрытого интрамедуллярного остеосинтеза, позволяет в максимально короткие сроки после травмы выполнить оперативное лечение, дает возможность надежной ранней стабилизации переломов длинных трубчатых костей во всех трех плоскостях, уменьшает риск возникновения жировой и тромбоэмболии в остром периоде, позволяет быстро активизировать больного при политравме в раннем послеоперационном периоде [10].

Цель исследования: на основе изучения ближайших и отделенных результатов лечения оценить эффективность применения современных металлических конструкций для интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза у больных с переломами костей голени и их последствиями.

Материал и методы

Работа основана на изучении результатов лечения 156 больных с переломами костей голени в отделении множественной травматологии НИИТО за период 2008-2009 гг.

Распределение больных по поступлению

Показатели	Количество больных	%
Госпитализировано всего	156	
Из них экстренно бригадой «скорой помощи»	128	82,05
плановое	12	7,6
самообращение	16	10,35

Из таблицы видно, что госпитализация больных в первые 3 часа доставлено бригадой "скорой помощи", с места происшествия и составляет 82,05% от всех поступивших. В состоянии алкогольного опьянения госпитализировано 16 (12,5%) больных. Травматический шок разной степени имел место в 23 (18,1%) случаях.

Распределение больных по возрасту

Возраст	Количество	%
16-45 лет	85	54,5
46-60 лет	53	33,9
61 и старше	18	11,6
Из них: мужчин	92	
женщин	64	

Из таблицы следует, что возраст пострадавших колебался от 15 до 80 лет, но преобладает

количество больных молодого трудоспособного возраста и составляет 54,5% и основную массу составляют лица мужского пола. Это объясняется их занятостью физическим трудом, работой на строительстве, с механизмами.

По причине возникновения переломов костей голени

	Количество больных	%
Всего:	156	
ДТП	73	46,8
бытовые	45	28,8
производственные	24	15,4
уличные	14	9,0

Из таблицы следует, что по причине возникновения переломов костей голени первое место занимают дорожно-транспортные происшествия и составляют 46,7 % от всех случаев. Бытовые и производственные травмы составляют практически равный процент больных.

По локализации места переломов костей голени

Локализация переломов	Количество больных	%
диафизарные	86	55,1
околосуставные	54	34,5
внутрисуставные	16	10,4

По локализации места переломов преобладают диафизарные переломы и составляют 55,1%, что ретроспективный анализ клинического материала свидетельствует о превалировании больных с диафизарными переломами костей голени.

По методам оперативного вмешательства

Методы операции	Количество больных	%
Всего: из них	156	100,0
интрамедуллярным блокирующим штифтом	78	50,1
аппаратом внешней фиксации	42	26,9
комбинированный остеосинтез (пластшт и проволока, пластина и кортикальные винты).	21	13,4
Консервативное лечение (скелетным вытяжением)	15	9,6

Как видно из таблицы при переломах костей голени, при множественной травме применения интрамедуллярного блокирующего штифта составляют 50,1%, аппаратом внешней фиксации 26,9%. Обеспечивают стабильную фиксацию перелома, но и дают возможность ранней активизацию больных, тем самым обеспечивается ранняя функциональная нагрузка на оперированную конечность, и создаются большие удобства для больного в послеоперационном периоде.

У 15 пострадавших проведено консервативное лечение скелетным вытяжением, это связано с проти-вопоказаниями к оперативному вмешатель-

ству: наличие сопутствующих заболеваний, высокий риск при анестезиологических мероприятиях, старческий возраст.

В 17 случаях были открытые переломы, при этом в момент поступления производилась ПХО раны, фиксации переломов осуществлялось спице-стержневым аппаратом, затем при благоприятном течении послеоперационных ран, производили закрытый ин-траме-дуллярный остеосинтез.

Из поступивших в плановом порядке - в 2 случаях ложные суставы, в случаях несросшийся переломы, при этом оперативные вмешательства проводились в следующем порядке: удаление металлоконструкции, открытый блокируемый интрамедуллярный остеосинтез с декортикацией большеберцовой кости.

Результаты и обсуждение

С первого дня после поступления или перевода больного из реанимационного отделения назначали дыхательную гимнастику с целью профилактики гипостатических явлений. Всем больным назначали антикоагулянты и сосудистые препараты (фраксипарин, клексан, тромбо АСС, трентал, пентоксифиллин, агапурин) целью профилактики сосудистых расстройств, отеков и тромбоземболических осложнений.

По разным данным, переломы длинных костей конечностей при множественной и сочетанной травме, сроки оперативного вмешательства варьируют в пределах от 6 ч до 2 месяцев.

Оперативные вмешательства на трубчатых костях нижних конечностей при множественной травме в зависимости от сроков их проведения делятся на перечные (в пределах 72ч с момента травмы), ранние отсроченные (до 3 нед), и поздние отсроченные (свыше 3 нед).

После интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза, внешнюю иммобилизацию не использовали, в 1 сутки разрешены разработки суставов. На 2-3 сут-ки разрешена ходьба при помощи костылей с опорной нагрузкой на оперированную конечность.

В 17(10,8%) случаях в процессе лечения больных через 8-12 недель с момента операции произведена динамизация фиксирующей системы путем удаления гного блокирующего (статического) винта с проксимального отдела стержня, после чего начинали нарастающую весовую нагрузку прооперированной конечности.

После оперативного вмешательства:

В 3 (1,9%) случае после операции ложный сустав, у 6 больных (3,8 %) контрактура суставов (у которых были внутрисуставные переломы).

Результаты лечения переломов костей голени оценивали с учетом анатомического и функционального исходов лечения. Из всех оперированных больных хорошие и удовлетворительные результаты 11. 2003. - С. 267.

достигнуты 92,6% больных, неудовлетворительные результаты 7,4 %.

Выводы.

Общее количество и тяжесть послеоперационных осложнений по сравнению с предыдущими уменьшились на 2 раза. Это связано:

- правильная организация лечебно-диагностического процесса,
- обоснованный и верный выбор тактики лечения, техники операции, применяемых современных металлических конструкций
- в послеоперационном периоде соблюдение индивидуальной восстановительной терапии и графика реабилитационного лечения оперированной конечности.
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

Литература:

1. Фадеев, Д.И. Ранний металлоостеосинтез закрытых и открытых множественных и сочетанных переломов длинных трубчатых костей: автореф. дис. д-ра мед. наук. Смоленск, 1992.-61 с.
2. Фокин В.А. Биологический остеосинтез/ В.А. Фокин, А. А. Волна //Status Presens. Margo anterior. 1999. - № 1. - С. 1.
3. Челноков, А.Н. Закрытый интрамедуллярный блокирующий остеосинтез в лечении несращений длинных трубчатых костей /А.Н. Челноков, А.Е. Виноградский //Здравоохран. Башкортостана. Спец. выпуск. 2004. - № 6. - С. 86-87.
4. Суваляев, П.П. Голиков, Б.В. Давыдов, К.И. Рахими Хирургическая тактика при сочетанной травме черепа и нижних конечностей / А.Г. // Вестн. травматологии и ортопедии. 1999.-№3.-С. 11-16.
5. Соколов В А Иванов П.А. Бялик Н И соавт. Замена внешней фиксации на интрамедуллярный блокируемый штифт при открытых переломах длинных костей у пострадавших с политравмой. // Вест-ник травматология и ортопедии им. Н.Н. Пирогова .-2007.-№1.-С. 3-7.
6. Пиччадзе И.И. Некоторые новые направления в лечении переломов длинных костей и их последствий в преддверии 2000 года //Тез. науч. конф. "Современные технологии в травматологии и ортопедии". - М., 1999. - С. 11-13.
7. Хомак, Н.И., Анучкина О.О. Восстановительное лечение пациентов с множественной и сочетанной травмой //Материалы республиканской научно-практической конференции. Екатеринбург-Ревда, 2003.-С. 258.
8. Цыбуляк, Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. СПб.: Гиппократ, 1995.-432 с.
9. Фокин, В.А. В.А. Фокин, А.А. Волна Биологический остеосинтез //Status Presens. Margo anterior. 1999. - № 1. -С. 1.
10. Челноков А.Н., Виноградский А.Е., Антонина-ди Ю.В. Дистальное заправление интрамедуллярного гвоздя новый взгляд на старую проблему //Материалы республиканской научно-практической конференции. Екатеринбург-Ревда,

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.