

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

Волокитина Е.А.¹, Демидов В.А.², Сафонов М.А.²

Уральский государственный медицинский университет¹,
Свердловская областная клиническая больница №1² г. Екатеринбург

Актуальность. За последние годы отмечается рост автодорожной травмы, что связано с резким увеличением количества автомобилей, загруженностью автодорог и увеличением скоростного режима транспортных средств. В структуре травмы дорожный травматизм на 100000 человек составляет в среднем 136,8 человек (Соколов В.А., 2010). Этот вид травмы наиболее тяжелый, сопровождается значительной смертностью - до 8,6 %, а стационарное и амбулаторное лечение пострадавших длится более 6 месяцев (Теодоридис К.А., 2001).

Целью работы является разработка оптимальной тактики лечения переломов верхней конечности у тяжелых больных с сочетанной и множественной травмой.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 57 больных, поступивших в травматологическое отделение ГБУЗ СО «СОКБ №1» (г. Екатеринбург) в 2014 г. по поводу сочетанной автодорожной травмы ($ISS = 37,8 \pm 1,2$); переломы костей верхних конечностей были диагностированы у 27 из них (47,4%). Средний возраст пострадавших составил $39,4 \pm 2$ года. Переломы проксимального отдела плечевой кости типа В и типа С (Универсальная классификация переломов М. Мюллера, 1995 г.) отмечены в 4-х случаях, переломы диафиза плечевой кости (тип А) - в 10-ти, диафиза обеих костей предплечья (тип А) - в 10-ти, дистального эпиметафиза лучевой кости (тип С) - в 3 -х случаях. Результаты лечения изучали на контрольных осмотрах в 3, 6 и 12 месяцев после операции с использованием шкалы SF-36.

Результаты исследований. В Екатеринбурге в 2010 г. на базе многопрофильного стационара - ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» - создан травматологический центр первого уровня в целях реализации Постановления Правительства РФ от 31 декабря 2009 года «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях», раз-

работан порядок оказания помощи с четкой маршрутизацией пострадавших и алгоритм выбора способа лечения скелетной травмы в условиях стационара. Во всех случаях поступления больных с тяжелой сочетанной травмой и переломами костей верхней конечности первым этапом в условиях реанимационного отделения (РАО) выполняли чрескостный остеосинтез поврежденного сегмента упрощенным модулем аппарата Илизарова из двух полукольцевых опор с целью стабилизации перелома и первичной репозиции за счет distraction. Вторым этапом, после стабилизации состояния пострадавшего и перевода в травматологического отделения, в случаях открытых диафизарных переломов выполняли ремонт аппарата в полноценную конструкцию, позволяющую выполнить окончательную репозицию и фиксацию перелома. При закрытых диафизарных переломах плечевой кости и костей предплечья вторым этапом выполняли закрытый интрамедуллярный остеосинтез стержнями (ЗИМО). При переломах типа В и С (М. Мюллер, 1995) плечевой кости и переломах дистального эпиметафиза костей предплечья выполняли открытый накостный остеосинтез пластинами, достигая в операционной точной репозиции костных фрагментов с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей. После второго этапа лечения (ЗИМО и накостного остеосинтеза) верхнюю конечность фиксировали на 7 дней в гипсовой лонгете. Применение дополнительной фиксации конечности в ближайшем послеоперационном периоде улучшало условия для заживления мягких тканей в области операционного разреза, снижало риск развития послеоперационных осложнений. Все анатомо-функциональные результаты хирургического лечения в 6 месяцев после операции были положительными: отлично – 7, хорошо – 18, удовлетворительно – 2.

Выводы. Для повышения результативности лечения больных с переломами верхней конечности при сочетанной травме следует соблюдать этапность лечения: первичная репозиция и стабилизация перелома должна быть выполнена в первые сутки после травмы, окончательный остеосинтез - после стабилизации общего состояния пострадавшего. Выбор способа окончательного остеосинтеза обусловлен локализацией повреждения и характером перелома, наряду со стремлением к малоинвазивности вмешательства.