

нием современных методов хирургии кисти.

2. При огнестрельных переломах и вывихах костей кисти показан стабильный остеосинтез. Применение остеосинтеза аппаратами внешней фиксации является наиболее рациональным при огнестрельных повреждениях костей и суставов кисти.

Н.Н.Пупышев

ВНЕОЧАГОВЫЙ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

В настоящее время сочетанная и множественная травма стала актуальной проблемой травматологии. По статистике ВОЗ тяжелые механические травмы среди причин смертности занимают третье место. В последние годы в результате развития транспорта, высотного строительства во всем мире растет число и тяжесть политравм. Участвовавшие автодорожные и железнодорожные травмы, падения с высоты являются основными причинами тяжелой сочетанной и множественной травмы, которая приводит к высокой летальности и инвалидности.

Больные с политравмами опорно-двигательной системы требуют длительного лечения, что объясняется множественностью повреждений, сменой методов лечения, осложнениями в процессе лечения. Среди последних преобладают остеомиелит, несращение или неправильное сращение переломов, контрактуры крупных суставов.

Инвалидность, в отличие от смертельных исходов, связанных чаще с травмой внутренних органов, зависит в основном от результатов лечения переломов. Выбор тактики лечения переломов при сочетанной и множественной травме представляет определенные трудности. Широкое внедрение в клиническую практику аппаратов чревной фиксации расширило возможности для ранней фиксации переломов у больных с сочетанной и множественной травмой.

В отделении сочетанной травмы ЦГБ № 24 в течение 2 лет внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова применен у 52 больных с множественной и сочетанной травмой. У большей части оперированных применен остеосинтез костей голени — 18 больных /34,6% от оперированных/, остеосинтез бедра выполнен у 11 больных /21%/, плеча — у 10 больных /19,2%/, костей предплечья — у 6 больных

/11,5%/, голеностопного сустава и стопы у 4-х /7,6%/, лучезапястного сустава и кисти у 3-х /5,7%/.

Наибольшую группу составили больные с тяжелой сочетанной травмой /повреждением нескольких систем: опорно-двигательного аппарата, внутренних органов груди, живота, забрюшинного пространства, головного мозга/ - 18 /34,6%/.

Травма опорно-двигательного аппарата в сочетании:

1. С черепно-мозговой травмой у 17 больных /32,6%/;

2. Травмой внутренних органов живота и забрюшинного пространства - 3 /5,7%/.

3. Травмой органов грудной клетки - 2 /3,8%/.

Больные с множественной скелетной травмой - 8 /15,3%/.

В отдельную группу выделены больные с сочетанной травмой, у которых имелся огнестрельный перелом в сочетании с повреждением внутренних органов, крупных сосудов, нервов - 4 больных /7,6%/.

На выбор оптимальных сроков операции при сочетанной и множественной травме влияет несколько факторов: частое тяжелое состояние пострадавшего при поступлении, которое продолжается и после выведения из шока, разнообразие повреждений, наличие нескольких нередко открытых переломов крупных костей, трудность не только совместить спасение жизни с ранним и рациональным лечением переломов, но и провести адекватное лечение при возникновении осложнений.

Наибольшее число больных оперированы в срок от 3 до 10 суток - 29 чел. /55,7% от оперируемых/. 17 больных оперированы через 10 суток и более с момента травмы /32%/, 6 больных /11,5%/, оперированы в первые сутки. Это больные с открытыми проникающими и огнестрельными переломами. При огнестрельных переломах, наблюдаемых у 4 больных, 3 были оперированы в первые сутки. 1 больной через 2 суток после выхода из тяжелого шока.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 больных в виде нагноения слит, что составляет 3,8% от оперируемых. У одного из них наступило несращение перелома /1,9%/. У 4 больных /7,6%/, наблюдались контрактуры крупных суставов. Все четверо находились с тяжелой сочетанной травмой, оперированы в срок более 10 суток.

Раннее применение внеочагового остеосинтеза аппарата Илизарова позволило нам в ранние сроки активизировать больного

за счет надежной фиксации костных отломков. Это облегчает уход за пострадавшим, особенно при тяжелой сочетанной травме; профилактику пролежней; транспортировку больных для лечебных и диагностических мероприятий /перевязки, рентгенологические и другие исследования/, уменьшает количество осложнений /пневмонии, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, контрактуры суставов/ позволяет более полно репонировать костные отломки, что создает оптимальные условия для сращения переломов. В отличие от оперативных методов, связанных с применением открытых доступов, закрытый внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез менее травматичен, не требует длительной подготовки больного к операции и может быть выполнен в более ранние сроки.

Таким образом внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппарата Илизарова наиболее приемлем для больных с множественной и сочетанной травмой.

Н.К.Калитникова

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕИКИ БЕДРА У ПОЖИЛЫХ

Проблема лечения больных пожилого и старческого возраста с проксимальными переломами бедра исключительно важна, так как этот вид перелома составляет 90% всех переломов бедренной кости в этой группе больных.

Основной целью лечения людей старческого возраста является сохранение жизни и возвращение в то состояние, в котором они находились до травмы, чтобы старость не была обременительной из-за травмы ни для самого больного, ни для его родственников.

Пожилые люди не представляют собой однородной группы и в оценке состояния их гораздо большее значение имеет биологическое и физиологическое состояние.

В настоящее время, учитывая достижения анестезиологии, оперативных приемов, антибиотикотерапии, возраст сам по себе не может быть противопоказанием к операции. Важно психическое и физическое состояние больного. Дистрофические процессы в тканях способствуют развитию остеопороза, увеличению хрупкости и ломкости верхнего конца бедренной кости.