послеоперационном периоде 68 % больных находились в отделении реанимации. Общая летальность в группе травмированных составила 23 %.

Учитывая вышеописанное, можно сделать следующие выводы: сочетанная травма живота остается диагностически проблематичной. Сочетание ее отягощает состояние пациента, и оказать помощь необходимо по ведущему клиническому синдрому. Характер поражения ведет к поступлению пациентов в тяжелом бессознательном или терминальном состоянии с клиникой шока. Осмотр необходимо производить бригадой из 3–5 специалистов.

Оказание и обследование производить в условиях операционной, параллельно проводить диагностические и лечебные мероприятия.

А.Л. Осипов, В.Е. Воловик, А.Г. Рыков, Д.Д. Дьяков, А.А. Раров, А.А. Хоменко, В.Ю. Коршняк

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

**ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации сотрудников здравоохранения» (г. Хабаровск)
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)
НУЗ Дорожная клиническая больница на станции «Хабаровск 1»**

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО), тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), и наиболее серьезное из них — тромбоз легочной артерии, являются редкими и грозными осложнениями в оперативной травматологии и ортопедии. Они являются одной из главных причин послеоперационной летальности, достигающей порой до 24 %. При развившихся осложнениях это часто приводит к формированию посттромбофлебитического синдрома, легочной гипертензии, в конечном итоге дилатационной кардиомиопатии, инвалидности. Подобные осложнения существенно увеличивают стоимость лечения, требуют дополнительных расходов на реабилитацию и уход, в отдельных случаях сводя на нет само хирургическое вмешательство. В большинстве случаев течение их (ТГВ) скрыто (бессимптомно), однако в крайних позициях (ТЭЛА) они сопровождаются яркой клинической картиной и высокой летальностью.

Риск развития ТЭО обусловлен множеством факторов, связанных с соматическим состоянием пациента, характером полученной травмы, видом хирургического лечения. Традиционно, предрасполагающими факторами являются: пожилой и старческий возраст, ожирение и малоподвижный образ жизни либо обездвиженное положение больного, сахарный диабет, коагулопатии, тромбозы и флеботромбозы вен нижних конечностей. Сочетание вышеуказанных факторов увеличивает риск возникновения ТЭО. При операциях эндопротезирования риск ТЭО и ТГВ достигает 65 %. В ряде случаев, при высоких степенях риска ТЭО, опасность их возникновения сохраняется длительное время, так при эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава до 4–6 недель.

Применение непрямых антикоагулянтов (Варфарина) в амбулаторной профилактике ТЭО, в послеоперационном периоде сопряжено с рядом трудностей. Во-первых, трудность титрования препарата, не каждое ЛПУ имеет возможность определения международного нормализованного отношения (МНО). Возникает необходимость многократного определения МНО для подбора дозы Варфарина, соблюдение определенной диеты. Во-вторых, малоуправляемый и малопрогнозируемый эффект действия, кумуляция препарата и связанный с ним риск развития кровотечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении травматологии и ортопедии ДКБ на станции Хабаровск 1 выполняются операции остеосинтеза переломов различной локализации, в том числе переломов проксимального отдела бедра. С 1994 г. проводятся операции униполярного и тотального эндопротезирования тазобедренного и с 2000 г. — коленного суставов. Всем пациентам в программе профилактики ТЭО используются специфические и неспецифические методы профилактики. В обязательном порядке к моменту выписки, проводится ультразвуковое исследование проходимости глубоких и поверхностных вен травмированной нижней конечности с целью исключения латентно текущего тромбоза. Ежегодно выполняется 40–60 операций эндопротезирования тазобедренного и 12–15 коленного сустава, 10–15 операций остеосинтеза переломов проксимального отдела бедра. В периоперационном периоде используются прямые антикоагулянты (Фраксипарин, Фрагмин, Клексан) в соответствующей дозировке. В послеоперационном периоде, на поликлиническом этапе с целью профилактики назначался Варфарин в профилактической дозе. Титрование проводилось в стационаре, достигая результата МНО 2–2,5. Далее прием Варфарина осуществлялся до 4–6 недель, под контролем МНО 2 раза в неделю.

С 2006 г. для амбулаторной профилактики назначался Фрагмин в дозе 2500 ЕД и Клексан 0,4. Срок применения препаратов достигал 4-х недель после выписки, всего составляя после операции 6 недель. После эндопротезирования тазобедренного сустава и остеосинтеза проксимального отдела бедра 15 человек получали Клексан, 6 человек — Фрагмин. После эндопротезирования коленного сустава 5 человек получали Клексан, 2 — Фрагмин. К моменту выписки по данным УЗИ тромбоза не обнаружено ни у одного пациента. Клиническую эффективность оценивали по наличию ТЭО (отек, боль, данные УЗИ), геморрагических осложнений, тромбоцитопении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применение Клексана в дозе 0,4, Фрагмина в дозе 2500 в течение 4 — 6 недель с момента операции: кровотечение — 0; геморрагический синдром (петехии, снижение ПТИ до 30 %) — 0; тромбоз глубоких и поверхностных вен бедра, голени — 0.

Применение Варфарина: трудность контроля МНО — отметило 80 % пациентов, МНО ниже 2 (показатель неэффективности используемой дозы Варфарина) — 76 %, тромбоз глубоких вен — 6 больных. Желудочно-кишечное кровотечение — 3 больных. Геморрагический синдром (петехии, носовое кровотечение) — 2.

ВЫВОДЫ

1. Больные, которым выполняется замещение крупных суставов или лечение переломов проксимального отдела бедра, являются пациентами с высокой степенью риска развития ТЭО, который сохраняется длительное время и после операции.
2. Применение непрямых антикоагулянтов без тщательнейшего мониторинга не всегда приносит ожидаемые результаты по профилактике ТЭО в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе. Нередко это приводит к осложнениям (геморрагический синдром, ТГВ).
3. Амбулаторную профилактику лицам с высокой степенью риска возможно проводить прямыми антикоагулянтами с меньшими затратами на мониторинг эффективности и безопасности.

В.И. Оскретков, В.В. Черненко, Д.А. Пантюков, В.Ф.Сумин

МИОПЛАСТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)
ГЦГХ ГБ № 3 (г. Барнаул)*

Нами представлен опыт лечения 56 больных с гематогенным и посттравматическим остеомиелитом длинных трубчатых костей с применением миопластики в период с 2001 по 2006 гг.

Было оперировано 11 больных с остеомиелитом бедра, где у 9 пациентов использовалась миопластика четырехглавой мышцы бедра, у двоих — портняжной. У 43 больных с остеомиелитом большеберцовой кости для миопластики трижды использовалась портняжная, и у 40 больных икроножная мышца. У трех больных с остеомиелитом плечевой кости пластика костной полости производилась двуглавой мышцей.

У подавляющего числа больных в зоне патологического процесса имелись грубые рубцы, спаянные с костью, трофические нарушения кожи, гнойные свищи.

Обследование обязательно включало многопозиционное рентгенологическое исследование, томографию, реовазографию, фистулографию, исследование микрофлоры ран.

Техника операции была следующей: выполнялась остеотомия в виде «лодки» с обработкой костной полости фрезами, ультразвуком. Затем образовавшийся дефект в кости заполнялся выкроенной прядью хорошо васкуляризированной прилежащей мышцей, которая фиксировалась к надкостнице, либо к кости трансоссальными швами. После восстановления проходимости костномозгового канала выполнялась интрамедуллярное дренирование перфорированной полихлорвиниловой трубкой с глухим наложением швов и последующей иммобилизацией. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (Роцефин, 2,0 внутривенно, капельно один раз в сутки, антикоагулянты прямого действия).

Указанные методы хирургического лечения больных с остеомиелитом длинных трубчатых костей позволили добиться существенного сокращения сроков госпитализации (14 — 20 дней, в среднем — 17). Около половины больных (52 %) в период реабилитации получали R-терапию. Рецидивов за пять лет при использовании данной методики лечения больных мы не наблюдали.