

А.И. Назаренко, В.Е. Воловик

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО АППАРАТА Г.А. ИЛИЗАРОВА
В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ*Елизовская районная больница (г. Елизово, Камчатская обл.)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

С 1999 по 2006 гг. в травматологическом отделении Елизовской районной больницы с использованием данного метода пролечено 53 больных (8 женщин и 45 мужчин). Возраст пациентов составил от 24 до 67 лет. Как правило, больные поступали в отделение в первые часы после травмы. Оперативное лечение проводилось в сроки от 8 до 10 суток от момента поступления. Сроки выполнения оперативных пособий определялись возрастом больных, наличием и тяжестью сопутствующих повреждений и соматических заболеваний, которые требовали проведения терапевтической коррекции и осуществления предоперационной подготовки.

Таблица 1

Клинические формы переломов

№	Клинические формы переломов	Количество больных
1	Многооскольчатые переломы плечевой кости при политравме	28
2	Переломы плечевой кости при сочетанной травме	13
3	Повреждения двух сегментов конечности	4
4	Открытые переломы плечевой кости	8
Всего		53

Компоновка аппарата выполняется в зависимости от протяженности линии перелома, количества фрагментов и характера их смещения. Аппарат состоит из четырех, пяти или шести полуколец, в зависимости от положения основных фрагментов (проксимального и дистального) и промежуточных отломков. Число уровней фиксации зависит от комбинации отломков и от размеров каждого отломка. Соседние полукольца соединяются 3 штангами. Фиксация спиц проводится спицефиксаторами. Спицы проводились через кость перпендикулярно ее оси так, что останавливались на выходе из второго кортикального слоя. Аппарат располагался на сегменте так, что расстояние от полуколец до кожного покрова не превышало 2 см. Данное расположение аппарата способствует достижению максимальной жесткости комплекса «кость — аппарат».

Таблица 2

Характеристика и частота осложнений

Осложнения	Частота	%
Осложнения в связи с проведением спиц		
Воспаление мягких тканей вокруг спиц	12	22,6
Ранение сосудов	8	15,0
Спицевой остеомиелит	—	—
Неполный захват второго кортикального слоя кости	5	9,5
Осложнения при нарушении техники монтажа аппарата		
Неправильное расположение аппарата на сегменте	4	7,5
Деформация и надлом регенерата	2	3,7
Контрактура суставов	4	7,5
Всего	35	65,8

При многооскольчатых переломах, когда одна из линии перелома проходит в в/з плечевой кости, верхнее полукольцо и спицы устанавливаются под углом в 45° к головке плечевой кости. Смонтированный аппарат должен быть ориентирован относительно плеча так, чтобы не препятствовал сгибанию и разгибанию в локтевом суставе и не ограничивал функцию плечевого сустава, а при приведении верхней конечности концы полуколец не травмировали туловище.

Репозиция костных отломков возможна во всех плоскостях. Устранение всех видов угловых смещений осуществляется перемещением стержней в аппарате по плоскости полукольца и изме-

нением длины стержня, т.е. перемещением его перпендикулярно полукольцу аппарата. После выполненной репозиции проводят контрольную рентгенографию плеча в двух стандартных проекциях.

Срок лечения в аппарате — от 6 до 8 недель в зависимости от качества репозиции, сопутствующих повреждений других сегментов и общего состояния больного.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА

Опыт применения аппарата показал, что он накладывается быстро и легко. Продолжительность операции значительно сокращается за счет тщательной предоперационной подготовки. Предложенная компоновка аппарата позволяет раннее начало восстановления функции смежных суставов плечевой кости. Аппарат экономически выгоден, поскольку не требует дополнительных затрат — комплектуется из стандартного набора аппарата Илизарова.

Е.Б. Неделькин, А.В. Щукин, С.В. Петрухин, Е.В. Рябов

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Амурская областная клиническая больница (г. Благовещенск)

За период с 2001 по 2006 гг. в торакальном отделении АОКБ оказана помощь 250 больным с сочетанной травмой грудной клетки. В 2/3 случаев травма получена в быту, в 1/3 случаев — вследствие транспортных происшествий, в 5 % случаев — это производственная травма. Алкогольное опьянение зафиксировано у каждого третьего пострадавшего. В первые 6 часов от момента получения травмы в стационар доставлено 54,8 % пострадавших, в срок до 1 суток — 17,6 %, до 10 суток — 19,6 %, более 10 суток — 8 %. Закрытый характер травмы грудной клетки встретился в 203 случаях, открытый — в 47. В удовлетворительном состоянии доставлено 32,8 % пострадавших, средней тяжести — 38 %, тяжелом — 26,8 %, терминальном — 2,4 %.

Из 203 больных с закрытыми повреждениями сочетание с черепно-мозговой травмой диагностировано у 90 больных. Травма конечностей встретилась в 68 случаях, лицевого скелета — в 36. Повреждение органов живота наблюдалось у 34 больных. У 4 пациентов выявлен разрыв диафрагмы. Переломы ребер наблюдали в 179 случаях, из них в 10 % — флотирующие. Переломы ключицы диагностированы у 29 пациентов, позвоночника — у 17, лопатки — у 4.

В группе с открытой травмой грудной клетки у 19 пациентов наблюдались ранения живота, ранения конечностей — у 18 больных, в 9 случаях — травма головы. Торакоабдоминальные ранения выявлены у 9 больных. Ранения сердца диагностированы у 7 поступивших, повреждение магистральных сосудов грудной клетки — у 4, повреждение легкого — у 37.

Объем и сроки обследования пострадавших зависели от степени тяжести состояния, характера повреждений и наличия осложнений. При критических состояниях пациентов объем диагностики был минимизирован и проводился параллельно с хирургическими и реанимационными мероприятиями.

Последовательность хирургического лечения определялась жизнеугрожающими повреждениями той или иной анатомической области. Все пациенты с травмой органов брюшной полости оперированы. У 20 пациентов были выполнены диагностические вмешательства, как правило — лапароскопии. У 18 больных лапаротомии были связаны с повреждением внутренних органов. При черепно-мозговой травме больные получали консервативное лечение. При повреждении костей конечностей хирургическая стабилизация переломов выполнялась в отсроченном порядке.

Из 250 больных с сочетанной грудной травмой торакоскопические операции выполнены 16 больным. В 12 случаях при флотирующих переломах ребер выполнена стабилизация грудного каркаса. Торакотомия потребовалась 29 (11,6 %) пациентам, из них у 4 она носила реанимационный характер.

Средний койко-день составил 17,1. С выздоровлением выписано 74,8 % больных, 13,2 % переведено в смежные отделения, 8 % выписано с улучшением. Летальный исход у 10 (4 %) больных.

Объем, вид и сроки оказания лечебной помощи поступившим с сочетанной травмой определялись оценкой тяжести состояния, характером диагностируемых повреждений и их степенью угрозы для жизни.