

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

А.Э. Апагуни

*Ставропольская государственная медицинская академия,
ректор – д.м.н. профессор Б.Д. Минаев
г. Ставрополь*

Переломы бедренной кости – одни из наиболее травматичных повреждений скелета, требующие правильного выбора тактики лечения и реабилитации больного. Среди больных с множественными и сочетанными повреждениями их доля составляет до 22% [1]. Осложнения при оперативном лечении больных с переломами бедра встречаются гораздо чаще, чем при переломах длинных трубчатых костей другой локализации и протекают гораздо тяжелее.

Основные поздние осложнения при оперативном лечении переломов длинных трубчатых костей: замедленная консолидация отломков, образование ложного сустава, развитие остеомиелита [4]. Наиболее тяжелой формой гнойных осложнений является послеоперационный остеомиелит, встречающийся в 0,4–22,4% случаев [2].

У пациентов пожилого и старческого возраста с такими повреждениями нередко встречаются сопутствующие заболевания, значительно влияющие на результаты лечения и выживаемость больных [6].

При лечении больных с сочетанной и множественной травмой используется одноэтапная или многоэтапная тактика хирургического лечения. Сторонников более сдержанной, последовательной тактики больше, и большинство специалистов (95%) оперируют больных с переломами бедра в плановом порядке [5]. В настоящее время не существует общепринятых, объективных критериев для обоснованного выбора оптимального времени выполнения остеосинтеза при множественных и сочетанных повреждениях [3].

Цель исследования: выявить и систематизировать ошибки и осложнения при оперативном лечении диафизарных переломов бедра; наметить пути совершенствования лечебного процесса.

За период 2000–2004 гг. произведен анализ анатомо-функциональных исходов оперативного лечения 112 пациентов с диафизарными переломами бедра. Возраст пострадавших колебался от 15 до 79 лет, мужчин было 84, женщин – 28. Преобладали мужчины трудоспособного воз-

раста. В 76% случаев травмы были получены при автодорожных происшествиях. Во всех случаях консервативное лечение оказалось бесперспективным и неэффективным.

Всего было выполнено 114 операций, из которых остеосинтез погружным штифтом составил 48,2%, пластиной – 38,4%, пластиной с угловой стабильностью – 8%, аппаратом Илизарова – 5,4%. При закрытых переломах выполняли ранний первичный остеосинтез в сроки до 10 дней.

Переломы бедра локализовались на разных уровнях: верхняя треть – 21,4%, средняя треть – 56,1%, нижняя треть – 22,5%. У 22 больных переломы бедра носили многооскольчатый характер; в 2 случаях – билатеральный (оперативное лечение разделено на 2 этапа).

Получены следующие анатомо-функциональные результаты: отличные – 41%, хорошие – 42%, удовлетворительные – 14,3%, отрицательные – 2,7%.

В сроки от 4 до 8 месяцев после операции у 19 человек (17%) были отмечены следующие осложнения: инфекционно-гнойные – у 3 (2,7%), сосудистые и неврологические – у 3 (2,7%), миграция металлоконструкций, замедленная консолидация – у 7 (6,3%), контрактуры – у 6 (5,3%) пациентов.

В отдаленные послеоперационные сроки (10–24 месяца) количество удовлетворительных и отрицательных исходов уменьшилось с 17% до 5,4% (соответственно положительные исходы увеличились с 83% до 94,6%): поздние инфекционно-гнойные осложнения – у 1 пациента; миграция и переломы металлоконструкций, замедленная консолидация – у 2; контрактуры – у 3 больных.

Причины возникновения осложнений связаны с дефектами организации лечения больных. К ним относятся: неправильная тактика лечения, неверный выбор способа остеосинтеза, нарушение восстановительного режима в послеоперационном периоде, несоблюдение пациентом сроков нагрузки конечности. Наиболее часто

встречаются технические ошибки, связанные с выполнением самой операции. К ним относятся: травматичность операции, нестабильный остеосинтез, неправильный подбор металлических конструкций, недостаточный гемостаз и неполноценная иммобилизация в послеоперационном периоде. Санитарно-эпидемиологические причины включают нарушение асептики, носительство госпитальных штаммов микроорганизмов, загрязненность воздуха и предметов внешней среды, длительность операции. Соматические причины связаны с состоянием иммунной реактивности больных, местными трофическими расстройствами конечности, сопутствующей патологией.

Общее количество и тяжесть послеоперационных осложнений в 2003 и 2004 гг. по сравнению с предыдущими уменьшились на 14,3%. Это связано с непрерывной активной работой по повышению качества оказания медицинской помощи травматолого-ортопедическим больным, внедрением новых, менее травматичных технологий (пластины с угловой стабильностью), четким индивидуальным обоснованием показаний к виду оперативного лечения, совершенствованием оперативной техники и повышением квалификации персонала.

На основе данных исследования можно сделать следующее заключение. Для значительного снижения количества ошибок, процента и тяжести осложнений при оперативном лечении переломов бедренной кости требуется строгое соблюдение следующих условий:

– правильная организация лечебно-диагностического процесса,

– соблюдение санитарно-эпидемиологического режима,
– верный выбор тактики лечения, техники операции, применяемых фиксаторов,
– соблюдение индивидуального графика восстановительного лечения оперированной конечности,
– проведение сопутствующей адекватной терапии.

Литература

1. Загалов С.Б. Оптимизация лечения пострадавших с полифрактурами / С.Б. Загалов, С.З. Калоев // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей. — М., 2003. — С. 118–119.
2. Линник С.А. Послеоперационный остеомиелит, его профилактика, диагностика и лечение / С.А. Линник, А.В. Рак, Р.З. Фахрутдинов и др. // VII съезд травматологов-ортопедов России: Тезисы докладов. — Новосибирск, 2002. — Ч. 1. — С. 338.
3. Литвина Е.А. Одноэтапные операции при множественной и сочетанной травме / Е.А. Литвина, А.В. Скороглазов, Д.И. Гордиенко. // Вестн. травматологии и ортопедии им.Н.Н. Приорова. — 2003. — № 3. — С. 10-15.
4. Пахомова Н.А. Дефекты лечения переломов длинных трубчатых костей / Н.А. Пахомова, В.Ф. Павлов, П.М. Вязов // VII съезд травматологов-ортопедов России: Тезисы докладов. — Новосибирск, 2002. — Ч. 2. — С. 111.
5. Фаддеев Д. И. Ранний стабильный металлоостеосинтез длинных трубчатых костей у больных с множественными и сочетанными переломами / Д.И. Фаддеев // V Всероссийский съезд травматологов-ортопедов: Тезисы докладов. — Ярославль, 1990. — Ч. 1. — С. 304-306.
6. White B.L. Rate of mortality for elderly patients after fractures of the hip in the 1980 / B.L. White, W.D. Fisher, C.A. Laurin // J. Bone Joint Surg. — 1987. — Vol. 69-A, — P. 1335–1340.