

И.А. Номоконов¹, А.Н. Плеханов^{1,2,3}

СБЕРЕГАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

¹Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО РЖД, Улан-Удэ

²Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

³Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ

В статье приведены основные принципы оказания хирургической помощи больным с сочетанной травмой при открытых переломах костей. Показан способ обработки костно-мышечной раны, определены показания к остеосинтезу.

Ключевые слова: перелом, тактика, остеосинтез

SAVING TACTICS OF SURGICAL PROCESSING OF THE OPEN FRACTURES AT COMBINED TRAUMA

¹I.A.Nomokonov, ²A.N. Plekhanov

¹Department Clinical Hospital at Ulan-Ude station of Russian Railway Ltd, Ulan-Ude

²Buryat State University, Ulan-Ude

³Buryat Branch of SC RRS SB RAMS, Ulan-Ude

In the article main principles of surgical operations in patients with combined trauma at open fractures are shown. The way of bone muscular wound treatment is shown as well, indications for osteosynthesis are defined.

Key words: fracture, tactics, osteosynthesis

Вопрос объема и содержания первичной хирургической обработки костно-мышечных ран при сочетанной травме до настоящего времени остается открытым [1, 3]. До недавнего времени первичная хирургическая обработка проводилась радикально, полное удаление всех костных отломков не связанных с мягкими тканями, обработка костных отломков проводилась путем «скусывания» и «спиливания». Данная тактика, к сожалению, не гарантирует отсутствия осложнений. В свою очередь борьба с осложнениями приводит к еще более радикальной обработке очага, в результате чего образуются значительные дефекты мягких и костной тканей [2, 4]. Так, после радикальной ПХО костно-мышечной раны огнестрельного генеза в 70 % наблюдений поврежденные конечности оставались функционально неполноценными (контрактуры, анкилозы смежных суставов, сосудистые и трофические нарушения мягких тканей, фиброзные перерождения мягких тканей и т.д.) [1].

Несмотря на то, что в процессе лечения сочетанной травмы применялись последние достижения реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии, медицинская реабилитация таких больных затягивается на продолжительное время.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Показать возможный способ обработки костно-мышечной раны, пути хирургического восстановления дефектов длинных костей конечности при сочетанной травме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами изучены результаты лечения 98 больных в возрасте от 18 до 45 лет с открытыми переломами

длинных трубчатых костей при сочетанной травме. У 65 пациентов травма сопровождалась дефектами костей от 6 до 15 см, образовавшимися в результате открытого перелома (первичный дефект), хирургической обработки ран, хирургического лечения остеомиелитического процесса — секвестрнекрэктомии, резекции кости. Замещение дефектов костной ткани проводятся по всем известным способам: чрескостный остеосинтез по Илизарову монолокальным или билокальным способами, свободная аутокость, заполнение остаточных полостей мышцей на питающей ножке. Замещение дефекта деминерализованным и лиофилизированным костным имплантатом не проводилось в виду дороговизны и во многом малодоступности. Каждый из описанных способов имеет помимо положительных моментов и отрицательные. Общие сроки лечения составили от 180 до 270 суток.

Анализ собственного клинического материала и данных лечения огнестрельных переломов кафедрой травматологии ВМедА им. С.М. Кирова, позволили разработать тактику берегательной хирургической обработки открытых переломов, сущность которой заключается в следующем: лечение больных носило комплексный характер, и проводилось в три этапа. Задачей первого этапа является: берегательная тактика первичной хирургической обработки костно-мышечной раны. При обработке удаляются только нежизнеспособные ткани. Рана тщательно промывается растворами антисептиков. Все отломки, в том числе свободно лежащие удаляются из раны, щадяще обрабатываются механически, их погружают в раствор антибиотиков с экспозицией 10 — 15 минут. Рана дренируется проточно-промывным дренажем,

тампонада повязками с водорастворимыми мазями. Перелом фиксируется спицевым или стержневым аппаратами внешней фиксации в различных комбинациях в режиме фиксации. После экспозиции отломков в антибиотиках, с целью «консервации» их через отдельный разрез погружаем в подкожную клетчатку конечности или сегмента пациента, данное место дренируется.

Цель второго этапа — интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния больного, борьба с возможными осложнениями. Инфузионная терапия направлена на уменьшение интоксикации и гипоксии тканей: растворы натрия хлорида, декстраны, препараты крови, железа, комплекс витаминов по общепринятым схемам.

С целью улучшения микроциркуляции в тканях пораженной конечности используются дезагреганты (реополиглюкин, трентал, никотиновая кислота и ее производные, аспирин), миотропные спазмолитики (папаверин, но-шпа, галидор), прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин). Корректирующее воздействие на иммунную систему больного осуществляли препаратами: метилурацил, продигиозан, имуновенин. Антибактериальная терапия проводилась в два этапа, первый, назначением антибиотиков широкого спектра действия, при выявлении в раневом содержимом микробной флоры после посева назначаются антибиотики согласно антибиотикограмме.

Хирургическое лечение остается определяющим, полость ежедневно промывается растворами антисептиков, при необходимости проводилась повторная обработка. Закрываются дефекты мягких тканей применением различных кожных пластик — полнослойных лоскутов на питающей ножке, встречными лоскутами, расщепленным кожным лоскутом. После стабилизации состояния, нормализации клинических и биохимических анализов, заживления имеющихся ран, отсутствие раневого отделяемого, отсутствие воспаления в местах стояния элементов аппаратов внешней фиксации, больной выписывается на амбулаторное лечение в среднем на 1 месяц. Третий этап — реконструктивно-восстановительный. Операция в два этапа: аппарат внешней фиксации демонтируется частично, остаются крайние элементы фиксации, вскрывается место дефекта. Затем извлекаются отломки, которые погружали во время ПХО на «консервацию», проводится

оценка отломков, и предварительно проводится попытка замещения дефекта. При недостатке костной ткани для абсолютного восстановления длины кости, применяем свободную аутокость или на питающей ножке. Фиксацию проводили при помощи погружного остеосинтеза пластинами с угловой стабильностью. Аппарат окончательно демонтируется, длина и ось конечности восстановлена. После снятия швов больной выписывается, с последующим контролем. Срок лечения составляет 120 — 150 суток.

Данная тактика применена у 12 больных, во всех случаях удалось добиться приживления трансплантатов, консолидации перелома.

ВЫВОДЫ

1. При выполнении первичной хирургической обработки должна применяться сберегательная тактика, отломки должны быть удалены из патологического очага и помещены с целью консервации в один из сегментов конечности.
2. Лечение открытых переломов при сочетанной травме должно быть комплексным и проводится поэтапно.
3. При лечении открытых переломов целесообразно применять различные методы остеосинтеза.
4. Восстановление костных дефектов проводится третьим этапом после оценки состояния мягких тканей и учетом обширности дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко А.В. Госпитальная летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения / А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук, О.А. Герасимова // Вестн. Травматол. Ортоп. — 2004. — № 3. — С. 49 — 52.
2. Ерюхин И.А. Экстремальное состояние организма. Элементы теории и практические проблемы на клинической модели тяжелой сочетанной травмы / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников. — СПб.: Эскулап, 1997. — 332 с.
3. Летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения / В.В. Кузьменко, Д.И. Сальников, С.Г. Гиршин и др. // Ортоп. Травматол. — 1986. — № 4. — С. 50 — 53.
4. Лимберг А.А. Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной и множественной травме / А.А. Лимберг, Е.В. Запалова, Т.В. Муштакова // Сов. Мед. — 1987. — № 10. — С. 58 — 60.

Сведения об авторах

Номоконов И.А. — врач-травматолог ортопед, докторант Бурятского государственного университета, тел. 29-17-13
Плеханов Александр Николаевич — главный врач НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета, д.м.н., профессор, тел. 28-35-03, 44-08-17, plehanov.a@mail.ru