

**СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРОТИВ НАРУЖНОЙ АППАРАТНОЙ ФИКСАЦИИ
В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ПЕРВИЧНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА
БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ**

Источник: *Brian P. Scannell, MD, Norman E. Waldrop, MD, Howell C. Sasser, PhD, Ronald F. Sing, DO, and Michael J. Bosse, MD. J Trauma. 2010; 68: 633–640.*

Актуальность проблемы

Тактику «контроля повреждений» в настоящее время повсеместно используют при лечении пострадавших с политравмой. Первичная фиксация переломов бедра стержневыми аппаратами при невозможности раннего интрамедуллярного остеосинтеза стала стандартной хирургической процедурой. В то же время скелетное вытяжение давно используют с целью провизорной стабилизации переломов бедренной кости, обладающей некоторыми преимуществами перед наружными фиксаторами. Проведение спицы для скелетного вытяжения не требует общей анестезии и может осуществляться без транспортировки пациента в операционную.

Цель исследования

Сравнить количество осложнений у двух групп пациентов с различными способами первичной стабилизации перелома бедра: наложением скелетного вытяжения и фиксацией сегмента стержневым аппаратом.

Структура исследования

Ретроспективное когортное исследование.

Материал и методы исследования

В исследование включены пациенты, имеющие перелом бедренной кости, у которых балл тяжести повреждений по шкале *ISS (Injury Severity Score)* составил более 17. Критериями исключения были: смерть до осуществления первичной стабилизации бедра, неполная документация и открытая репозиция при проведении окончательной фиксации бедренной кости. Из 205 пациентов, отвечающих критериям включения,

у 126 выполнен интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости в пределах первых 24 ч, у 19 — фиксация аппаратом наружной фиксации, у 60 — скелетное вытяжение. Не было выявлено статистически значимых различий по возрасту, полу, обстоятельствам травмы между группами.

Результаты

Среднее время до окончательной фиксации интрамедуллярным штифтом составило 4,1 сут в группе скелетного вытяжения и 5 сут в группе наружной фиксации. Между группами не выявлено статистически достоверного различия в частоте респираторного дистресс-синдрома взрослых, полиорганной недостаточности, тромбоэмболии легочной артерии, тромбоза глубоких вен конечностей, пневмонии, смерти, а также продолжительности искусственной вентиляции легких, времени, проведенного в реанимации, и общего числа койко-дней. В то же время в группе скелетного вытяжения частота возникновения сепсиса была ниже (8,3% против 31,6%; $p=0,0194$), а время пребывания в стационаре короче (26,5 сут против 36,2; $p=0,0237$), чем в группе наружной фиксации.

Выводы

Наружная фиксация бедренной кости в качестве меры первичной стабилизации перелома диафиза бедра не предоставляет значимых преимуществ по сравнению со скелетным вытяжением. В то же время проведение спиц для скелетного вытяжения не требует транспортировки пациента в операционную и может осуществляться под местной анестезией.