

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

ГУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, (г. Санкт-Петербург)

Оказание оптимальной помощи пострадавшим с сочетанными и множественными повреждениями опорно-двигательной системы приобретает все большее значение. К сожалению, до сих пор не определены принципы проведения лечебных мероприятий, в том числе, оперативных пособий у пострадавших с шокогенными травмами, которые основывались бы на объективных критериях, отражающих характер повреждений и тяжесть состояния больных, доступных широкому кругу специалистов. В то же время улучшение исходов лечения пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательной системы является одной из важных медицинских и социальных проблем. Значительный вклад в решение этих вопросов может быть внесен за счет коренного совершенствования травматологического пособия путем разработки принципов обоснованной хирургической тактики и оптимальных методов лечения самих повреждений опорно-двигательной системы.

При оказании помощи пострадавшим с политравмой и шоком необходимо решать два типа задач: стратегические и тактические.

К стратегическим задачам, как наиболее общим, относятся:

- вопросы диагностики повреждений;
- общие принципы организации лечения тяжело пострадавших;
- совершенствование системы оказания травматологической помощи при политравме и шоке;
- вопросы профилактики осложнений, а также реабилитации пострадавших в раннем посттравматическом периоде;

К тактическим же вопросам следует относить:

- определение места консервативного и оперативного методов лечения переломов при политравме и шоке в зависимости от их локализации;
- разработка новых и совершенствование известных методов лечения переломов опорно-двигательной системы;
- выбор оптимальных приемов лечения конкретных повреждений согласно данным объективной оценки совокупной тяжести травмы и реактивности пострадавшего.

Для определения хирургической тактики был использован способ прогнозирования продолжительности периода нестабильной гемодинамики (шока) и исходов травматической болезни в ее остром периоде, предложенный Ю.Н. Цибиным с соавт. (1979). На основании этих данных были определены группы больных, которым оперативное лечение могло осуществляться уже в первые сутки. Согласно данным прогноза, все пострадавшие с сочетанными и множественными травмами могли быть подразделены на три группы, определяющиеся совокупной тяжестью повреждений и реактивностью организма, характеризующейся возрастом и первичной реакцией на травму. Эти группы определялись по критерию $+ / - T$ (длительность периода нестабильной гемодинамики у впоследствии выживших и продолжительности жизни у впоследствии погибших). По этому критерию оценивались и устойчивость к оперативному вмешательству: благоприятный прогноз $+ T$ — меньше 12 ч., сомнительный $+ / -$ — от 12 до 24 ч., и неблагоприятный $+ T$ — свыше 24 ч. и $- T$.

На основании анализа клинического материала и оказания помощи пострадавшим с политравмами была определена очеречность, выбраны оптимальные методы лечения повреждений опорно-двигательной системы, и создан алгоритм оказания травматологического пособия в остром периоде травматической болезни, раннем и позднем ее периодах.

При сочетанной черепно-мозговой травме остеосинтезу в срочном порядке в первую очередь подлежат открытые переломы опорно-двигательной системы, переломы таза с нарушением целостности тазового кольца, переломы бедра и голени. Операции же на предплечье, кисти, голеностопном суставе и стопе при необходимости могут быть выполнены в отсроченном порядке, а при поступлении в стационар осуществляется их иммобилизация гипсовыми повязками.

При тяжелой травме груди в срочном порядке в первую очередь подлежат лечению повреждения надплечья и переломы верхних конечностей. Операции по поводу повреждений нижних конечностей и стабильных переломов костей таза могут быть выполнены во вторую очередь или отсроченно.

При повреждении органов брюшной полости в первую очередь выполняются операции, обеспечивающие фиксацию таза, надплечья, верхних конечностей и множественных переломов ребер с наличием «клапана» грудной стенки. Остеосинтез нижних конечностей целесообразно выполнять во вторую очередь или отсроченно.

У пострадавших с шоком, с учетом допустимости и целесообразности, используются как оперативные, так и консервативные методы лечения переломов. При этом оперативные методы, как правило, являются окончательными способами лечения переломов, в то время как консервативные — нередко

временными либо этапными. Они должны заменяться оперативными, но уже после улучшения состояния пострадавших, при нарушении репаративных процессов и возникновении других осложнений.

Выбор оперативных методов лечения переломов в остром периоде политравмы определяется состоянием пострадавшего, локализацией и характером переломов. Если в отсроченном и плановом порядке могут использоваться любые методы лечения переломов, то в срочном порядке предпочтение должно отдаваться чрескостному остеосинтезу. Остеосинтез стержнями может производиться по поводу диафизарных поперечных и косопоперечных переломов бедра. Остеосинтез компрессионными пластинами с успехом может применяться при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей, в том числе носящих оскольчатый характер. Чрескостный остеосинтез, как правило, является окончательным методом лечения. У пострадавших с политравмой в срочном порядке он показан при:

- открытых переломах опорно-двигательного аппарата;
- оскольчатых, внутри- и околоуставных переломах;
- закрытых повреждениях ключицы и таза с нарушением целостности тазового кольца, множественных переломах ребер с наличием «реберного клапана»;
- закрытых множественных переломах для остеосинтеза одного из поврежденных сегментов.

Для остеосинтеза обширных или двойных переломов, нередко встречающихся при политравме, целесообразно использовать комбинированный остеосинтез.

Внедрение результатов исследования в повседневную клиническую практику позволило уменьшить первичную инвалидность на 15,2 %, уменьшить частоту воспаления мягких тканей у спиц в проксимальных отделах плеча и бедра при чрескостном остеосинтезе на 22 %, а частоту остеомиелита при открытых переломах — на 6,1 %.

Таким образом, разработанные стратегические и тактические принципы и приемы оказания травматологического пособия при сочетанных и множественных шокогенных повреждениях позволили существенно улучшить результаты лечения пострадавших по основным показателям, их характеризующим.

Н.А. Колпаков, В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, В.С. Кузьменко

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава (г. Хабаровск)

В последние годы в лечении острого гнойно-деструктивного холецистита достигнуты определенные успехи, обусловленные внедрением миниинвазивных технологий, ранней оперативной тактики и совершенствованием анестезиологии. Но, тем не менее, результаты лечения острого холецистита и, в большей степени, послеоперационная летальность далеко не в полной мере удовлетворяют хирургов. Известно, что тяжесть и разнообразие сопутствующих заболеваний у больных пожилого возраста существенно влияют на течение основного заболевания и повышают риск оперативного вмешательства.

Нами проанализированы 480 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ, по поводу острого холецистита с 2004 по 2006 гг. Из них 381 (79,2%) женщина и 99 (20,8 %) мужчин в возрасте от 16 до 86 лет. Больные разделены на три возрастные группы: 1 группа — молодого возраста (от 16 до 35 лет) — 53 (11 %) человека; 2 группа — зрелого возраста (от 35 до 60 лет) — 312 (65 %) человек; 3 группа — пожилого и старческого возраста — 115 (24 %) человек. У подавляющего большинства (456 (95 %)) тематических больных был острый калькулезный холецистит. Давность заболевания — свыше 24 часов до поступления в клинику — наблюдалась у 294 (61,3 %) пациентов. Сопутствующие острому холециститу заболевания выявили у 20 (34,7 %) больных первой группы, во второй группе — у 178 (57 %) и в третьей группе больных — у 97 (83,7 %) человек. В третьей (старшей возрастной) группе преобладали заболевания, значительно повышающие операционный риск, — сердечно-сосудистая патология, бронхиальная астма, сахарный диабет. У 10 % больных данной группы в анамнезе был инсульт и инфаркт миокарда. Осложненные формы заболевания (холедохолитиаз, холангит, стеноз БДС, панкреатит), наряду с острым деструктивным холециститом, в первой группе больных наблюдались у 9 (17,3 %), во второй — у 106 (33,7 %), в третьей — у 62 (54 %) человек. Всем больным с момента поступления в стационар проведено консервативное лечение (за исключением пациентов с перитонитом, которые прооперированы в экстренном порядке). Эффективность проводимых консервативных мероприятий оценивалась по истечении 24 часов. В алгоритм обследования больных включалось ультразвуковое исследование органов гепатопакреатодуоденальной системы и гастродуоденоскопия (оценка БДС и пассажа желчи). При отсутствии клинического эффекта и бесперспективности консервативной терапии выполнялось неотложное оперативное вмешательство.