

РАННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ – БЕЗОПАСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Источник: *Weninger P, Figl M., Spitaler R., Mauritz W., Hertz H.* Early unreamed intramedullary nailing of femoral fractures is safe in patients with severe thoracic trauma // *J. Trauma.* – 2007 Mar; – Vol. 62, N. 3. – P. 692–696.

Предпосылки к проведению исследования

Проблема оптимального времени окончательной фиксации переломов диафиза бедренной кости у пациентов с тяжелой сочетанной травмой груди остается нерешенной. По мнению ряда авторов, целесообразно использовать тактику контроля повреждений (DCO), предполагающую фиксацию подобных переломов в экстренно-отсроченном порядке при стабильном состоянии пациента. Однако существует ряд исследований, доказывающих возможность раннего окончательного оперативного лечения переломов бедра при тяжелой травме груди в первые сутки с момента поступления пациента в стационар.

Целью данного исследования было изучение у тяжелопострадавших с травмой груди и диафизарными переломами бедренной кости влияния ранней фиксации переломов на исходы лечения.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты с тяжелой травмой, в том числе с переломами бедренной кости и травмой груди, госпитализированные в травматологический центр I уровня с мая 1998 г. по декабрь 2004 г., которым выполняли внутреннюю фиксацию переломов бедра интрамедуллярными штифтами без рассверливания костно-мозгового канала (КМК) в течение первых 24 ч госпитализации. Основную группу составили 45 пациентов и 107 пациентов с травмой груди без переломов нижних конечностей были отобраны в группу сравнения. Критериями включения в исследование в обеих группах были возраст больных от 15 до 55 лет с закрытыми повреждениями после высокоэнергетической травмы, с баллом AIS по травме груди ≥ 3 и баллом по шкале ISS ≥ 18 . По информации из базы данных травматологического центра проведен сравнительный анализ двух групп

по следующим критериям: состояние пациента при поступлении (*Glasgow Coma Scale score, Revised Trauma Score, Trauma and Injury Severity Score survival prognosis, Simplified Acute Physiology Score II score*), проведенное лечение (интубация трахеи, дренирование плевральной полости, оперативное пособие), исходы лечения (длительность ИВЛ, длительность пребывания в ОРИТ, частота развития респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ), синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), смертность). Проведен статистический анализ полученных результатов: достоверность различий дихотомических данных в группах оценивалась по критерию χ^2 (Хи-квадрат), достоверность различий количественных данных – с использованием критерия Стьюдента. При $p < 0,05$ различия сравниваемых признаков считались достоверными.

Результаты

Группы достоверно не различались по основным демографическим характеристикам: возрасту, полу, а также по тяжести травмы (ISS), тяжести травмы груди (AIS), частоте и тяжести травмы головы. Достоверных различий по сравниваемым признакам в группах не выявлено. Не выявлено влияния на уровень летальности, на увеличение частоты развития РДСВ, СПОН закрытого блокируемого остеосинтеза бедренной кости без рассверливания костно-мозгового канала в первые 24 ч госпитализации.

Заключение

Закрытый блокируемый остеосинтез бедренной кости у пациентов с тяжелой сочетанной травмой груди относится к безопасным вмешательствам, его можно выполнять в первые сутки пребывания больного в стационаре.

СВЕРЛЕНИЕ КОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ БЕЗОПАСНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСТИННОЙ ГЛУБИНЫ ПРОНИКНОВЕНИЯ СВЕРЛА

Источник: *Clement H., Heidari N., Grechenig W., Weinberg A.M., Pichler W.* Drilling, not a benign procedure: Laboratory simulation of true drilling depth // *Injury.* – 2012. – Vol. 43, N. 6 – P. 950–952.

Актуальность

Сверление считается типичной манипуляцией при операциях на костных структурах. Существует множество анатомических образований, расположенных близко к кости, повреждение которых возможно при просверливании дальней кортикальной пластинки.

Целью исследования было определить глубину проникновения сверла за дальнюю кортикальную пластинку кости.

Материал и методы

Исследование выполнено во время проведения обучающего курса Ассоциации по изучению проблем остеосинтеза. В исследовании приняли участие 153 травматолога (41 женщина и 112 мужчин). Каждый участник просверливал 3 отверстия в искусственной кости, под которой была уложена пластинка из полистирена. По глубине канала в полистиреновой пластинке определяли степень проникновения сверла за дальний кортикальный слой.

Результаты

Были просверлены 462 отверстия. Средняя глубина проникновения за дальний кортикальный слой составила 6,3 мм. Для группы хирургов с опытом работы 0–1 год этот показатель составил 6,39 мм (2–18,67 мм, $\pm 3,99$ мм, для группы с опытом работы 1–5 лет – 6,28 мм (0,33–17 мм, $\pm 3,06$ мм), для группы с опытом работы более 5 лет – 6,33 мм (3,33–13 мм, $\pm 2,75$ мм). При статистическом анализе не найдено достоверной разницы между хирургами с большим и маленьким стажем работы.

Заключение

Стоит отметить, что средние значения проникновения сверла за дальний кортикальный слой были похожими в группах хирургов с различным опытом. Результаты этого исследования должны напомнить хирургам, что при сверлении кости надо проявлять осторожность, особенно при работе в областях, где нервы и сосуды близко расположены к кости.