

По локализации переломов больные распределились следующим образом: 159 пациентов — диафиз плечевой кости; 97 — бедренная кость на всем протяжении диафиза и 207 — в/3 и с/3 большеберцовой кости.

Из 463 наблюдений на костный остеосинтез сочетали с ортезотерапией у 162 больных ($\approx 35\%$). Показаниями для применения ортезов стали:

- недостаточно стабильный остеосинтез, вызванный техническими трудностями во время операции (в том числе при многооскольчатом характере перелома),
- избыточная масса тела пациентов,
- высокая психическая лабильность или общая физическая слабость больных, связанная часто с наличием тяжелых соматических заболеваний, и не позволяющая рекомендовать ходьбу при помощи костылей с нагрузкой на противоположную конечность.

При оценке эффективности лечения, кроме данных клинико-рентгенологического обследования, применялись тесты «Опросника здоровья — 36» (MOS 36-Item Short-Form Health Survey или MOS SF-36), характеризующие качество жизни пациентов и тестовые оценки ходьбы и мобильности: «Индекс Ходьбы Хаузера (Hauser Ambulation Index) (ИХХ)» и «Индекс Мобильности Ривермид (Rivermead Mobility Index) (ИМР)», как одновременно наиболее простые и в тоже время достаточно информативные.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До назначения ортезотерапии все пациенты имели значительные ограничения по ходьбе и тест-индексы равнялись: ИМР = 5–6, ИХХ = 8. По состоянию качества жизни подсчет количества баллов по всем шкалам в обеих группах колебался от 20 до 30 и не имел достоверной разницы между собой.

Результаты исследования качества жизни в ортезированной группе через 8 недель после начала лечения улучшились примерно на 30–35 баллов, что можно расценить как очень значимые. А индексы при этом равнялись: ИМР = 12, ИХХ = 1. Причем, в контрольной группе результаты этих тестов сохранялись на начальном уровне.

ВЫВОДЫ

Результаты лечения этой группы пациентов доказывают возможность при применении технологий современного ортезирования отказаться от классических правил иммобилизации смежных суставов, особенно, если идет речь о диафизарных переломах, так как совместно с погружным нестабильным остеосинтезом наружный блокирует возможность смещения без специального ограничения движений в смежных суставах и обеспечивает высокую степень активизации пациента.

С.Ю. Облов, К.М. Курбанов, М.К. Абдулжалилов, Р.Р. Рамазанов

ТРОМБОЗЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Республиканская больница № 2 – Центр специализированной экстренной
медицинской помощи (Махачкала)
Дагестанский центр медицины катастроф (Махачкала)*

Цель работы: улучшить диагностику и разработать тактику лечения послеоперационного тромбоза вен нижних конечностей у больных с сочетанной травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе республиканской больницы № 2 — Центре специализированной экстренной медицинской помощи с Дагестанским центром медицины катастроф функционируют бригады быстрого реагирования при ДТП, которые доставляют пострадавших в отделение сочетанной патологии, где им оказывают специализированную хирургическую помощь. За период 2007–2010 гг., из отделения сочетанной патологии выписано 87 пострадавших в ДТП с тяжелой сочетанной травмой. Мужчин было 62 (71,2 %), женщин 25 (28,8 %). До 6 часов госпитализированы 43 пострадавших (49,4 %), от 6 до 12 часов — 28 (32,1 %), от 12 до 24 часов — 16 (18,3 %). С диагностической целью проводили следующие исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ, дуплексное сканирование с цветным картированием (аппарат «АЛО-КА 1000»). При УЗДГ и дуплексном сканировании сосудов оценивали не только состояние глубоких, поверхностных и перфорантных вен нижних конечностей, но и протяженность тромботического процесса. При переломе костей всем больным выполнена первичная фиксация отломков аппаратом внешней фиксации или применением интрамедуллярных и экстрамедуллярных металлоконструкций.

Оперативные вмешательства проводились бригадой с обязательным присутствием ангиохирурга. В послеоперационном периоде больные получали консервативную терапию (компрессионные чулки фирмы Venoteks, антикоагулянтная терапия на протяжении 7–10 дней с переходом на непрямые антикоагулянты, флебопротекторы). Для оценки состояния венозной системы в динамике на 6–8-е сутки после операции выполняли следующие исследования: УЗДГ и дуплексное сканирование с цветным картированием. При этом у 37 больных (42,4 %) диагностирован бессимптомный флеботромбоз, а у 10 (11,4 %) — на 5–6-е сутки послеоперационного периода наблюдали клиническую картину острого тромбоза. Локализация флотирующих тромбов в поверхностной бедренной вене наблюдалась у 23 больных (48,9 %), бедренной — у 14 (29,7 %), наружной подвздошной — у 10 (21,2 %). Кроме того, установлено, что тромботический процесс диагностирован слева у 27 больных (57,4 %), а справа у 20 (42,5 %). Выполняли следующие ангиохирургические вмешательства: тромбэктомия из поверхностных вен с применением баллонного катетера Фогарти в 23 случаях (48,9 %), из бедренной вены — 14 (29,7 %). Больных с тромбозом наружной подвздошной вены переводили в специализированное ангиохирургическое отделение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Активная хирургическая тактика при лечении послеоперационного тромбоза венозной системы нижних конечностей позволила предупредить тромбоэмболические осложнения у больных с сочетанной травмой и летальные случаи.

ВЫВОДЫ:

1. Сочетанная травма значительно повышает риск развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде.
2. С целью профилактики развития тромбоза сосудов нижних конечностей целесообразно проводить компрессионную терапию, назначать антикоагулянтную терапию под контролем свертывающей системы.
3. Дуплексное сканирование с цветным картированием сосудов нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде является высоко информативным методом диагностики тромбоза магистральных вен нижних конечностей.
4. Активная хирургическая тактика при послеоперационном тромбозе вен нижних конечностей позволяет не только предупредить тромбоэмболические осложнения в раннем послеоперационном периоде, но и снизить летальность среди больных с сочетанной травмой.

И.О. Панков

ТЯЖЕЛЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ. ПРОБЛЕМЫ. РЕШЕНИЯ

*Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения
Республики Татарстан (Казань)*

Проблема лечения пациентов с тяжелыми сочетанными повреждениями занимает одно из ведущих мест в медицине по своей актуальности.

Неуклонный рост травматизма, связанный, в первую очередь, с увеличением числа дорожно-транспортных происшествий определяет проблему лечения тяжелой политравмы и влечет за собой увеличение числа пострадавших с множественными переломами костей конечностей и сочетанными повреждениями органов и тканей.

Шок, а также массивная кровопотеря выступают на первый план при таких повреждениях. Клиническая картина и тяжесть состояния пациента значительно отягощается сопутствующей черепно-мозговой травмой, а также повреждениями внутренних органов. Летальность при сочетанной травме высока и достигает 40 % и выше. Выход на инвалидность составляет 25–45 %.

Оперативный метод лечения в настоящее время является основным при лечении тяжелой политравмы.

При поступлении пациентов в стационар в состоянии шока на первый план выступают противошоковые мероприятия. Весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий проводится одновременно с противошоковой терапией.

При переломах костей конечностей в сочетании с повреждением внутренних органов, интракраниальными гематомами оперативные вмешательства выполняются двумя и более операционными бригадами. Оперативная репозиция и стабилизация переломов костей конечностей выполняется одновременно с операциями на жизненно важных органах.