

Лечение множественных травм

П.Н. Солодовников

Treatment of multiple injuries

P.N. Solodovnikov

НЦМ, клиника педиатрии, г. Якутск

В работе приведены результаты лечения больных с множественными переломами сегментов конечностей, сопровождающимися повреждениями внутренних органов. Авторами предложена программа лечения в стационаре больных с политравмой. Проанализированы исходы лечения различными методиками: гипсовая повязка, скелетное вытяжение, чрескостный остеосинтез.

Ключевые слова: множественные переломы, лечение, чрескостный остеосинтез.

Results are given concerning treatment of patients with multiple fractures of limb segments, which are accompanied by damages of internal organs. The author proposes a program of in-patient treatment of patients with multiple trauma. Outcomes of treatment are analyzed, using different techniques: plaster cast, skeletal traction, transosseous osteosynthesis.

Keywords: multiple fractures, treatment, transosseous osteosynthesis.

Актуальность проблемы лечения множественных переломов костей скелета с каждым годом возрастает. Травмы сегодняшнего дня все чаще становятся множественными, все чаще сопровождаются массивной кровопотерей, острыми расстройствами кровообращения, дыхания, обмена веществ. Все чаще хирургам и травматологам приходится решать сложные вопросы лечения множественных переломов в пределах одного или нескольких сегментов скелета при наличии одновременного повреждения внутренних органов. Данные литературы последних лет свидетельствуют о том, что инвалидность при множественных переломах в 10 раз выше, чем при изолированных, а летальность при политравме достигает 50% и более и не имеет тенденции к снижению. Если спасение пострадавших и снижение высоких цифр летальности при политравме невозможно без реализации современных принципов реаниматологии и интенсивной терапии, то для снижения инвалидности необходимо раннее и умелое лечение одновременно всех переломов при разном их сочетании.

Лечение пострадавших условно разделяется на три периода: первый — реанимационный, второй — лечебный и третий — реабилитационный; оно отличается многоэтапностью, длительностью и является комплексной проблемой. Для достижения указанных целей оказание помощи начинается с диагностики доминирующего повреждения, определяющего тяжесть состояния, проведения комплекса реанимационных мероприятий, выбора оптимального срока и определения объема оперативного вмешательства и сложных лечебных мероприятий.

Программа лечения больных с политравмой в стационаре.

1. Ориентировочное обследование с учетом данных врача скорой помощи.
2. Реанимация (обеспечение вентиляции легких; катетеризация одной или нескольких вен с адекватной скоростью трансфузии; забор крови на группу и резус-фактор; непрерывный контроль за гемодинамикой, функцией головного мозга — сознание, характер зрачков; температурой тела и конечностей).
3. Остановка наружного и внутреннего кровотечения.
4. Катетеризация мочевого пузыря, контроль за функцией почек.
5. Временная иммобилизация поврежденных конечностей.
6. Полное клинико-рентгенологическое обследование.
7. Коррекция гормональных метаболических нарушений.
8. Необходимая первичная травматологическая помощь (ампутация конечности на уровне размождения, обработка ран, пластика и реимплантация кожи, восстановление магистральных сосудов, вправление вывихов).
9. Окончательное консервативное и оперативное лечение.

Нами проанализированы истории болезни 160 больных, находившихся на стационарном лечении в городском травматологическом отделении. По механизму возникновения травмы больные распределялись следующим образом:

- I. падение с высоты — 30;
 - II. травма при ДТП — 80;
 - III. уличная травма — 40;
 - IV. несчастные случаи на производстве — 10.
- Пострадавших мы распределяли с учетом

классификации Г. Д. Никитина с соавторами.

У 65 пострадавших с множественной травмой легкой степени выявили 158 переломов. Чаще всего повреждались кости стопы — 45, голеностопного сустава — 17, предплечье — 20, плечевая — 11, ключица и лопатка — 13. Тяжелые сопутствующие повреждения мягких тканей отмечены у 2 человек. Пятьдесят семь из 65 пострадавших этой группы получили консервативное лечение, 8 — оперативное. При поступлении производили ПХО ран. Семь операций в среднем через 14,2 дня сделано по поводу не вправленных консервативным путем отломков кости (остеосинтез ключицы, надколенника, лодыжек и т.д.). Через 1,5 месяца произведена первичная свободная аутодермопластика. Средняя длительность лечения в условиях стационара составила 22 дня.

Множественные травмы средней тяжести наблюдались у 61 пострадавшего, имевшего 149 переломов. Чаще отмечены переломы костей голени — 17, предплечья — 17, бедренной кости — 13, позвоночника — 16, таза — 16, плечевой кости — 10. Тридцать три пострадавших лечились консервативно, 28 больным выполнена 31 операция. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 43,2 дня.

Тяжелые множественные повреждения костей выявлены у 33 больных, имевших 87 различных переломов. Чаще всего повреждались кости голени — 24, бедренная кость — 8, кости таза — 9, голеностопного сустава — 7, плечевая кость — 5 и т.д.

Для лечения больных с множественными переломами нами применялись следующие методы лечения: гипсовые повязки при закрытых и открытых переломах по типу трещин, переломах без смещения. Наш опыт показывает, что применение гипсовых повязок требуется в 73%,

причем гипсовые лонгеты используются в 2 раза чаще, чем глухие циркулярные повязки. Скелетное вытяжение (23 %) мы использовали при лечении переломов конечностей: при переломах бедра — 68%, голени — 12,3%, плеча — 4,4%. Остеосинтез был применен у 23,6% всех пострадавших.

Внеочаговый компрессионный остеосинтез по Илизарову имеет неоспоримые преимущества перед другими видами остеосинтеза. Фиксация перелома достигается при минимальной травматизации и кровопотере. При тяжелом состоянии пострадавшего нет необходимости сразу добиваться одномоментной репозиции и абсолютной стабилизации костных отломков. Все это достигается в последующем при улучшении общего состояния, выведении пострадавшего из критического состояния. Аппарат чрескостного остеосинтеза в первый момент после травмы только стабилизирует костные фрагменты кости, чтобы больной был мобильным и не нуждался в гипсовой повязке.

У больных с множественной травмой, как правило, наблюдаются оскольчатые переломы с обширным повреждением мягких тканей и массивным загрязнением ран, требующих частых перевязок. Фиксация переломов аппаратом дает возможность проводить лечение ран без риска вторичного смещения отломков и добиваться их сращения,

При рассмотрении причин смерти мы выделили 4 группы тяжелых повреждений, каждая из которых может привести к летальному исходу:

1. тяжелая черепно-мозговая травма;
2. тяжелая травма грудной клетки и ее органов;
3. тяжелая травма органов брюшной полости;
4. травма опорно-двигательного аппарата, сопровождающаяся тяжелым шоком.

ВЫВОДЫ

1. В связи с увеличением числа множественных повреждений увеличивается количество экстренных операций, требующих индивидуального подхода к каждому больному.
2. Ранние восстановительные операции на костях способствуют ранней активизации больных, что очень важно при лечении политравмы.

3. Перспективным методом лечения переломов при политравме является метод чрескостного остеосинтеза.
4. Основной причиной летальных исходов при политравме является тяжелая множественная травма, что требует совершенствования реанимационной службы, тактики и методов лечения этой тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чрескостный остеосинтез при лечении детей с диафизарными переломами костей бедра и голени: Метод. рекомендации / Сост.: Г.А. Илизаров, Г.Е. Карагодин, С.И. Швед. - Курган, 1981. - 19 с.
2. Чрескостный остеосинтез множественных повреждений конечностей: Метод. рекомендации / Сост.: Г.А. Илизаров, С.И. Швед, Г.Е. Карагодин, В.М. Шигарев. - Курган, 1984. - 22 с.
3. Комаров Б.Д., Кузьмичев А.П. Лечение пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях. - Киев: Здоровья, 1986.
4. Лебедев В.В. и др., Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях / В.В. Лебедев, В.П. Охотский, Н.Н. Каншин. - М.: Медицина, 1980. - 185 с.
5. Никитин Г.Д., Грязнухин Э.Г. Множественные переломы и сочетанные повреждения. - М.: Медицина, 1983. - 295 с.
6. Пожариский В.Ф. Политравмы опорно-двигательной системы и их лечение на этапах медицинской эвакуации. - М: Медицина, 1989. - 254 с.
7. Рожинский М.М. и др. Основы травматологической реаниматологии / М.М. Рожинский, В.Н. Жижин, Г.Б. Катковский. - М: Медицина, 1979. - 159 с.

Гений Ортопедии № 1, 1999 г.

Рукопись поступила 09.12.98.