

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ДІАФІЗАРНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ В СИСТЕМІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

У дослідженні відображена концепція реабілітаційно-відновлювального лікування 82 потерпілих з діафізарними переломами довгих кісток при поєднаній травмі, яка дає можливість покращити результати лікування даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: діафізарні переломи довгих кісток, поєднана травма, реабілітація.

Проблема лікування постраждалих з переломами довгих кісток кінцівок з поєднаною травмою зберігає високу актуальність для сучасної травматології та ортопедії [1, 2, 6, 7, 10]. Це пов'язано передусім зі значним збільшенням загальної частки поєднаної травми в структурі травматизму. При цьому, за даними багатьох досліджень, переломи довгих кісток кінцівок є досить вагомим компонентом поєднаних ушкоджень (від 21,4 до 48,9%), що мають, як правило, важкий перебіг та супроводжуються високою частотою ускладнень [1, 2, 6, 7, 10, 12]. На відміну від постраждалих з ізольованими переломами довгих кісток кінцівок, у пацієнтів з даним видом травми характерна наявність поєднаних, нерідко життєзагрожуючих ушкоджень, що визначають тяжкість травми та стану, наявність синдрому взаємного обтяження [1, 5, 11]. Висока частота розвитку загальних ускладнень, більш важкий перебіг ранового процесу з частим розвитком місцевих інфекційних ускладнень; порушень консолідації уламків і незадовільною динамікою відновлення функції пошкоджених кінцівок [10]. До кінця ХХ ст. застосування традиційних підходів до лікування постраждалих з поєднаними травмами і переломами довгих кісток характеризувався високим рівнем розвитку ускладнень та летальністю. Успіхи реаніматології та хірургії ушкоджень останніх років значно зменшили летальність при даному виді травми, але існує проблема, пов'язана з високими показниками інвалідизації постраждалих внаслідок незадовільних результатів лікування переломів довгих кісток [3, 4, 9]. Численними дослідженнями доведено, що тільки надійна хірургічна фіксація уламків забезпечує оптимальні умови для остеорепації довгих кісток та певною мірою попереджує розвиток ускладнень. Але питання вибору методики остеосинтезу, а також термінів його виконання все ж потребує подальшого вдосконалення і є одним з найбільш значимих ком-

понентів лікування постраждалих з діафізарними переломами довгих кісток при поєднаній травмі. Використання традиційного внутрішнього остеосинтезу у постраждалих з діафізарними переломами довгих кісток кінцівок на тлі поєднаного пошкодження різко обмежена внаслідок високої травматичності таких операцій і підвищеного ризику розвитку інфекційних ускладнень [1, 2, 10].

Створення високотехнологічних методик зовнішнього остеосинтезу значно розширило можливості застосування хірургічних способів лікування постраждалих з поєднаними травмами і переломами довгих кісток, а також їх наслідками. Даний спосіб фіксації характеризується мінімальною травматичністю, можливістю догляду за ранами і коригування дефектів і деформації кісток з варіантами заміни методів фіксації.

Незважаючи на широке застосування високотехнологічних методів лікування переломів нижніх кінцівок, функціональні результати лікування є незадовільними у 28,9% постраждалих. Висока частота незадовільних результатів лікування пацієнтів з переломами довгих кісток при політравмі спонукає спеціалістів не тільки до вдосконалення методів лікування, але і до впровадження комплексної реабілітації [8]. Крім вищевикладеного, існуючий стан справ щодо лікування переломів довгих кісток кінцівок у постраждалих з політравмою ускладнюється відсутністю у фахівців єдиних поглядів стосовно насамперед визначення стратегії і тактики лікування даної категорії пацієнтів.

Аналіз літературних джерел наукової інформації дозволяє зробити висновок, що реабілітація постраждалих з переломами довгих кісток при політравмі позбавлена єдиних методичних підходів.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування постраждалих з діафізарними переломами довгих кісток при поєднаній травмі за рахунок оптимізації реабілітаційно-відновлювальної системи.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати хірургічного лікування 82 пацієнта з діафізарними переломами довгих кісток у поєднанні з черепно-мозковою травмою та пошкодженнями органів живота. Переважали чоловіки – 61 (74.3%), жінок було 21 (25.7%).

Середній вік пацієнтів склав 31.6 ± 2.4 років. Масив дослідження складався із двох груп порівняння: основної та контрольної. До контрольної групи увійшло 38 (46,3%) пацієнтів, у основну – 44 (53,7%). У постраждалих контрольної групи застосовувалась загальноприйнята медична реабілітація: лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичне лікування та медикаментозна терапія згідно рекомендацій лікуючого лікаря та інструктора ЛФК.

Реабілітація пацієнтів основної групи здійснювалась згідно реабілітаційних програм, враховуючи реабілітаційний потенціал постраждалого, а реабілітаційні заходи визначались залежно від характеру травми, пошкоджених сегментів кінцівок і анатомо-функціональних ділянок, віку пацієнта та супутньої патології. При проведенні реабілітаційно-відновлювального лікування в основній групі пацієнтів дотримувались наступних принципів:

- індивідуальність
- диференційованість
- комплексність
- безперервність
- послідовність

На підставі застосованих принципів лікування постраждалих основної групи створено алгоритм реабілітаційно-відновлювального лікування пацієнтів з переломами довгих кісток при поєднаній травмі (рис.1.)

У 24 пацієнтів (54.8%) основної групи хірургічне лікування за допомогою апаратів зовнішньої фіксації входило в алгоритм реабілітаційно-відновлювального лікування; на госпітальному етапі реабілітацію здійснювали за індивідуально розробленою програмою. Пацієнти перебували під наглядом не тільки лікуючого лікаря (травматолога), але й лікаря-методиста та інструктора з ЛФК, як на реанімаційному так і на профільному етапах.

Проблему медичної реабілітації пацієнтів основної групи вирішували також завдяки спільній діяльності багатьох фахівців: терапевтів, неврологів, фізіотерапевтів, психологів, масажистів та ін., що сприяло нормалізації фізичного та психологічного стану постраждалих.

Результати та обговорення

У першій фазі реабілітаційно-відновлювального лікування, після проведення всебічних досліджень визначали хірургічну тактику а одночасно з етапними операційними втручаннями на основі зазначених принципів розробляли індивідуальні реабілітаційні програми. При формуванні реабілітаційної програми враховували реабілітаційний діагноз, що служив основою для визначення реабілітаційного потенціалу та прогнозу.

У постраждалих основної групи у першу фазу реабілітаційно-відновлювального лікування залежно від прояву остеорепаративних процесів застосовували фізіотерапевтичні процедури (в першу чергу магнітотерапія).

У постраждалих основної групи, яким було розпочато ранні реабілітаційні заходи на профільному етапі, отримані значно кращі результати: відновлення функції суглобів та м'язового тонуусу кінцівок, лімфо-венозного відтоку, та трофіки тканин. Послідовне продовження

цих заходів у даної категорії пацієнтів на амбулаторному етапі відбувалося порівняно швидко та ефективно.

У другій фазі реабілітаційно-відновлювального лікування з урахуванням процесів остеорепарації виконували динамізацію переломові довгих кісток кінцівок. Було продовжено більш широке застосування методів фізіотерапії з включенням механо- та гідрокінезотерапії. За показаннями постраждалим було рекомендовано проходження санаторно-курортного етапу реабілітації, що є складовою частиною реабілітаційно-відновлювального лікування.

Найближчі та віддалені результати (8-12 міс) оцінювалися за схемою J. Schatzker [13] і були вивчені у 85% хворих. В основній групі добрі результати отримані у 21 (55.6%), задовільні – у 16 (44,4%) пацієн-



Рис. 1. Алгоритм реабілітаційно-відновлювального лікування пацієнтів з переломами довгих кісток при поєднаній травмі

тів. Незадовільних результатів у цій групі не було. У контрольній групі добрі результати отримані у 10 (31.6%), задовільні – у 13 (40.6%) та у 9 (27.8%) незадовільні результати лікування. Аналізуючи незадовільні результати, відмітили стійку контрактуру гомілкостопного суглобу зі значним порушенням функції суглобу у 1 хворого, перелом металоконструкції (інтрамедулярного стрижня) у 1 пацієнтки після блокованого інтрамедулярного остеосинтезу діафізарного перелому стегнової кістки на фоні надмірної ваги пацієнта, сповільнену консолидацію у інших пацієнтів. Причинами даних незадовільних результатів була відсутність адекватного контролю за реабілітаційно-відновним лікуванням, нехтуванням рекомендацій лікуючого лікаря (невчасно виконана динамізація переломів, неадекватне вісьове навантаження на нижню кінцівку та ін.).

Аналіз наслідків результатів лікування постраждалих з переломами довгих кісток при політравмі в основній групі свідчить про те, що не дивлячись на тяжкість поєднаної травми застосування сучасних методів остеосинтезу та комплексної і послідовної реабілітації за індивідуальними програмами дозволило досягти добрих та задовільних функціональних результатів.

Висновки

1. Реабілітаційно-відновлювальне лікування у постраждалих з переломами довгих кісток при поєднаній травмі повинно бути диференційованим та проводитись з урахуванням характеру та тяжкості ушкоджень.

2. Створений алгоритм комплексної реабілітації дає можливість покращити результати лікування постраждалих з переломами довгих кісток при політравмі.

3. Комплексний і послідовний зв'язок між хірургічними стаціонарами, амбулаторним та санаторно-курортним етапами дає можливість зменшити кількість ускладнень (контрактури, хибні суглоби, хронічний остеомієліт) та прискорити соціальну і трудову реабілітацію.

Література

1. Агаджанян В.В. Политравма. / В.В. Агаджанян – Новосибирск: Наука – 2003. – 492 с.
2. Анкин, Л. Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л. Н. Анкин. – М.: МЕДпресс-информ. – 2004. – 176 с.
3. Гончаров, Н. Г. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, клинико-функциональные особенности, медико-социальная экспертиза и реабилитация при болезнях

костно-мышечной системы: Автореф. дис... докт. мед. наук / Н. Г. Гончаров. – М., 2001. – 48 с.

4. Грознова А. В. Организация реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях / А. В. Грознова // Медицинская помощь – 1996. – № 4. – С. 16-18.
5. Карлбуэр А. Оценка тяжести травмы: обзор наиболее часто используемых систем для оценки тяжести повреждений у травматологических больных / А. Карлбуэр, Р. Войдке / Вестн. травматол. ортопед. – 2003. – №3. – С. 16-19.
6. Корнилов Н. В. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению / Н. В. Корнилов, К. И. Шапиро // Травматол. ортопед. России. – 2002. – №2. – С. 35-38.
7. Кривенко С.Н. Социальные аспекты множественной бытовой травмы в Донассе / Кривенко С.Н., Климовицкий В.Г., Владимирский А.В. // Вестник гигиены и эпидемиологии. – Т.4. – №2. – 2000. – С. 275-278.
8. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитации / А. С. Медведев. – Минск : Беларус. Наука. – 2010. – 435 с.

Повний список літератури знаходиться в редакції

Резюме

А. А. Бурьянов, С. А. Асланян, Ю. А. Ярмолук, А. А. Лакша

Хирургические аспекты лечения пострадавших с диафизарными переломами длинных костей при сочетанной травме в реабилитационно-восстановительной системе

В исследовании отображена концепция реабилитационно-восстановительного лечения 82 пострадавших с диафизарными переломами длинных костей при сочетанной травме, которая даёт возможность улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Ключевые слова: диафизарные переломы длинных костей, сочетанная травма, реабилитация.

Summary

O. A. Buryanov, S. A. Aslanyan, Y. O. Yarmolyuk, A. A. Laksha

Surgical aspects of the treatment of victims with diaphyseal fractures of long bones in cases of combined trauma to the rehabilitation-recovery system

In this study displayed the concept of rehabilitation and treatment of rehabilitation 82 patients with diaphyseal fractures of long bones with associated trauma, which makes it possible to improve the results of treatment in this patient population.

Keywords: diaphyseal fractures of long bones, associated trauma, rehabilitation.