

КЕРОВАНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

*К.В. Міренков, В.І. Перцов,
Д.С. Івахненко, В.С. Гацак, Т.А. Амро*

**Запорізький державний медичний університет,
міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги
Запоріжжя, Україна**

Основна причина виходу на інвалідність пацієнтів з політравмою — це наслідки переломів кінцівок, що переконує в актуальності пошуків подальшого удосконалення методів лікування переломів кісток.

З метою вивчення ефективності зовнішнього остеосинтезу (ЗО) при політравмі проаналізовано його використання у 325 постраждалих у віці від 14 до 88 років. Причиною переломів для більшості з них (83,2%) стали дорожньо-транспортні пригоди, на момент яких 34,6% були у стані алкогольного сп'яніння. Закриті переломи були у 28,5%, відкриті — у 49,3%, а їхнє поєднання — у 22,2% постраждалих. Травматичний шок діагностовано у 35%. Ургентно виконано 458 остеосинтезів апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ), серед яких у 112 випадках використано апарат Ілізарова, а у 346 — різні моделі стрижневих конструкцій: Гофмана (93), СКІД-1 (41), Сушко-Амро (212). У 46 пацієнтів ЗО поєднувався із занурювальним на різних сегментах. При відкритих переломах накладання апарата здійснювали одночасно з первинною хірургічною обробкою (ПХО) ран. Одномиттєве оперативне лікування, тобто втручання, виконане одночасно на декількох ділянках або анатомічних системах, проведено 48 хворим, з яких у 19 закриті накладання апарата виконувалось одночасно з краніотомією, а у 28 — з лапаротомією.

Ускладнення виникли після 16,3% операцій, більшість яких (89%) пов'язані із запаленням м'яких тканин, найчастіше навколо спиць (91%), та рідше стрижнів (9%). Ранніх ускладнень, пов'язаних з накладанням апарата, таких як пошкодження судин і нервів, не було. Жирова емболія виникла в 1,1% оперованих. Віддалені результати

від 1 до 15 років вивчені у 76% пацієнтів. Відмінними і добрими вони були у 74%, задовільними — у 18%, незадовільними — у 8% пацієнтів. Причини незадовільних результатів: ампутації кінцівок (2,1%), незрощення (2%), контрактури після внутрішньосуглобних переломів (1,4%) і лише у двох — наслідки тяжкої черепно-мозкової травми. Після впровадження ургентного ЗО ми не спостерігали жодного випадку остеомієліту внаслідок відкритих переломів. Повністю відновлена працездатність у 76%, стійка інвалідність — у 9,8% пацієнтів.

Критеріями вибору способу стабілізації при політравмі є надійність фіксації та швидкість і простота використання, які не ускладнюють загальний стан постраждалого. Цілком відповідає таким вимогам метод ЗО. На власному досвіді ми переконалися в непристосованості апарата Ілізарова для ургентної травматології через складність та тривалий час його монтажу, тоді як стрижневі системи добре себе зарекомендували за таких умов. Простота конструкції і хірургічної техніки значно скоротили тривалість операції, а менша травматизація м'яких тканин та малогабаритність покращили якість життя хворого і догляд за ним. Фіксаційні стрижневі апарати (Гофмана, СКІД-1) виявилися оптимальним засобом для стабілізації відкритих переломів діафізів кісток, після ПХО і ручної репозиції. Вони були найлегшими та найзручнішими для хворого. Використовуваний нами керований апарат Сушко-Амро є системою однієї багатоплощинної фіксації і має репозиційний механізм, завдяки якому здійснювали повноцінне закриття вправлення незалежно від виду перелому, його локалізації, характеру зсуву тощо. Значні репозиційні можливості цього апарата дозволяли легко усувати зсуви як на операційному столі, так і в процесі подальшого лікування. При ургентному монтажі враховували тяжкість загального стану і не прагнули відразу досягти точної репозиції. Головна ціль ургентного втручання — надійна стабілізація відламків як фактор профілактики шоку, інфекційних ускладнень, жирової та тромбоемболії. Можливості апарата дозволяли здійснити остаточну апаратну репозицію згодом, після виведення хворого з критичного стану. Це сприяло відмові від рекомендованої останнім часом модної тактики «зміни методу» і продовженню фіксації пошкодженого сегмента тим же самим апаратом аж до повної консолідації перелому.

Переломи кінцівок в умовах політравми потребують ургентної стабілізації перелому з використанням АЗФ. При виборі типу АЗФ в умовах політравми слід віддавати перевагу стрижневим конструк-

ціям, які завдяки швидкості монтажу дозволяють проводити всі негайні заходи з порятунку життя постраждалого. При стабілізації відкритих переломів, після відкритої ручної репозиції, можна використовувати більш прості фіксаційні моделі АЗФ, а при закритих переломах краще віддавати перевагу керованим системам, які мають репозиційний механізм. Керований АЗФ Сушко-Амро продемонстрував добрі можливості при закритій репозиції відламків незалежно від виду перелому, його локалізації та характеру зсуву і може широко використовуватись при наданні ургентної допомоги в умовах політравми та масового надходження постраждалих.