

## **ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*С.Н.Кривенко, Н.Н.Шпаченко*

**Научно-исследовательский институт травматологии  
и ортопедии Донецкого национального медицинского  
университета им. М.Горького  
Донецк, Украина**

### ***Введение***

Цель исследования — организация медицинской помощи на догоспитальном этапе лечения пострадавших с множественными переломами длинных костей конечностей, характеризующихся частым осложнением — шоком, высокой внешней и внутренней кровопотерей, жировой эмболией, с целью выработки решающих мероприятий в борьбе за жизни пострадавших.

### ***Материалы и методы исследования***

Множественные диафизарные переломы длинных костей конечностей изучены у 255 больных, которые находились на лечении в клиниках Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького за период с 2000 по 2010 г. Среди пострадавших мужчин было в 4,4 раза больше (208 — 81,6%), чем женщин (47 — 18,4%). 180 (70,6%) пострадавших были трудоспособного возраста. Травмы чаще всего были связаны с дорожно-транспортными происшествиями — 34,9% (89) и производственными травмами — 27,5% (70). Травмы, полученные в быту, равно как и кататравмы, составили соответственно 17,6% (45) и 20% (51). Самую тяжелую группу травмированных составили пострадавшие, у которых диагностированы переломы 3 и более сегментов (72 — 12%) длинных костей конечностей. Тяжестью прямого механизма травмы (66,3%) было обуслов-

лено возникновение 274 (45,7%) открытых переломов конечностей. Закрытые переломы (325-54,3%) также сопровождалась травмой мягких тканей. Сочетание открытого перелома одного из сегментов с закрытым переломом другого отмечено в 16,4% (98) случаев. 196 (76,9%) пострадавших доставлены в институт в шоковом состоянии. Большинство пострадавших — 147 (75,0%) — доставлено в институт в состоянии травматического шока II-III степени тяжести. Среди причин тяжести состояния пострадавших с множественными травмами опорно-двигательного аппарата были: кровопотеря — 62,1%, нарушение внешнего дыхания — 35,1%, травматический токсикоз — 32%. Противошоковая терапия была направлена на улучшение вентиляции легких и устранение гемодинамических расстройств. Интенсивными лечебными мероприятиями, а также экстренными оперативными вмешательствами (77%) удается вывести из тяжелого состояния большинство пострадавших (90,1%). У пострадавших с открытыми переломами костей конечностей, которые сопровождаются массивной травмой мягких тканей, послеоперационный период при повреждениях нижних конечностей был осложнен в 66,7% случаев, а при переломах верхних конечностей — в 44% случаев.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В ответ на травму в организме в посттравматическом периоде формируется сложный комплекс приспособительных процессов. Особенности травматической болезни при множественных переломах длинных костей конечностей во многом зависят от тяжести и характера этих повреждений. Самый опасный, наиболее тяжелый для пострадавших, период после травмы — 2-7 суток, он характеризуется максимальной мобилизацией всех компенсаторных механизмов, которые обеспечивают восстановление основных показателей гомеостаза, нарушенных в остром периоде. Поэтому не случайно именно этот период характеризуется формированием почти всех посттравматических осложнений. Расширение показаний к оперативному лечению множественных переломов длинных костей конечностей приводит к улучшению последствий и сокращению сроков их лечения. Металлоостеосинтез обеспечивает больным мобильность и более раннее восстановительное лечение. В связи с этим одномоментный остеосинтез двух и более сегментов конечностей имеет ряд преимуществ перед поэтапными операциями. Наиболее рациональным сроком для проведения отсроченного

остеосинтеза является 7-14-й день после травмы. Экстренные операции на конечностях, проведенные в первые сутки, направленные на стабилизацию отломков и возобновление регионарного кровообращения, являются активным элементом противошокового лечения, позволяют снизить объем инфузионно-трансфузионной терапии, устраняют очаги кровопотери, боли, аутоинтоксикации, что в окончательном итоге ведет к снижению летальности в остром периоде травмы.

### ***Выводы***

Травматологические операции в остром периоде травматической болезни должны быть максимально атравматичны и, по возможности, одномоментными. Основными критериями остеосинтеза при множественной травме является восстановление анатомической оси конечности и регионарной перфузии тканей.

Генез травматической болезни при множественных повреждениях костей конечностей основан на дискоординации систем макро- и микроциркуляции, с последующим снижением тканевой перфузии, развитием первичной и вторичной органной недостаточности, синдрома взаимного отягощения. Летальность и тяжесть течения множественных повреждений может быть снижена путем своевременно оказанной медицинской помощи, противошоковой терапии, немедленной транспортировки пострадавших в специализированное учреждение, где осуществляется оценка общего состояния пострадавших с выявлением всех повреждений, квалифицированная медицинская помощь в лечении непосредственно травм опорно-двигательного аппарата.