

ЛЕЧЕБНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ.

Ключевский В.В., Соловьев И.Н., Шакола С.К., Кумзёров П.К.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития
России

Операцию первичной хирургической обработки (ПХО) открытого перелома производим на этапе специализированной помощи (ортопедо-травматологический центр КБСМП имени Н.В. Соловьева г. Ярославля или межрайонные отделения травматологии) или в районной больнице врачебной бригадой медицины катастроф, если пострадавший нетранспортабельный. На этапе квалифицированной помощи осуществляется туалет раны, наложение повязки, транспортная или первичная лечебная иммобилизация (гипсовые лангетные повязки, скелетное вытяжение), инфузионная терапия шока, профилактика столбняка, антибактериальная терапия. Недопустимо туалет раны завершать наложением кожных швов. Если на этапе квалифицированной помощи хирургом выполнена операция ПХО, то в клинике при госпитализации осуществляется повторная хирургическая обработка.

Непременные условия выполнения операции ПХО открытого перелома: полное обезболивание, обильное отмывание раны на всех этапах операции, дренирование раны через отдельные проколы кожи, экономное иссечение кожи и подшивание ее без натяжения там, где она ложится на мышцы, предупреждение тромбоза вен и нагноения раны антибактериальной терапией, антикоагулянтами и поднятием конечности.

Фиксация перелома во время операции ПХО может быть окончательная – внутренний остеосинтез при изолированных нетяжелых переломах (вторично открытых), и временная – аппаратами внешней фиксации и вытяжением при более тяжелом повреждении (первично открытые и огнестрельные переломы) или множественных и сочетанных повреждениях. После неосложненного заживления раны на 16-20 день первичная лечебная иммобилизация заменяется на окончательную – выполняется внутренний остеосинтез. Предпочтение отдаем закрытому остеосинтезу стержнями. Накостный синтез пластинами и винтами осуществляем при многоосколочных диафизарных переломах (по биологичному варианту), при около – и внутри суставных переломах. Аппараты внешней фиксации оставляем как окончательную иммобилизацию при осложненном течении перелома.

За 3 года (2009-2011г) лечилось 116 больных с открытыми переломами бедра и 169 – голени. В первой группе первичный остеосинтез бедра во время операции ПХО раны выполнен 45 (отличный результат – 80%, удовлетворительный – 15.56%, неудовлетворительный и крайне плохой – 4.44%) отсроченный внутренний остеосинтез – 53 (отличный результат – 86.79%, удовлетворительный – 11.32%, неудовлетворительный и крайне плохой – 1.89%), аппарат внешней фиксации, как первичная и окончательная лечебная иммобилизация – 18 (отличный результат – 5.56%, удовлетворительный – 11.11%, неудовлетворительный и крайне плохой – 83.33%). В первой группе первичный остеосинтез голени во время операции ПХО раны выполнен 10 (отличный результат – 80%, удовлетворительный – 20%) отсроченный внутренний остеосинтез – 87 (отличный результат – 84%, удовлетворительный – 12%, неудовлетворительный и крайне плохой – 2%), аппарат внешней фиксации, как первичная и окончательная лечебная иммобилизация – 72 (отличный результат – 17%, удовлетворительный – 75%, неудовлетворительный и крайне плохой – 8%).

Таким образом, на современном уровне развития хирургии и травматологии при лечении открытых переломов для окончательной лечебной иммобилизации следует отдать предпочтение первичному и отсроченному внутреннему остеосинтезу, а не аппаратом внешней фиксации