

ЗАСТОСУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІНЦІВОК У ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ

Левицький А.Ф.¹, Карабенюк О.В.¹, Черняк І.С.²

¹ -Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

² -Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ, Україна

Мета дослідження: визначення схеми оптимального тактики лікування переломів у дітей з політравмою.

Матеріали та методи дослідження: за період 2008-2012 роки у ортопедо-травматологічне відділення НДСЛ «Охматдит» надійшло 108 дітей віком від 2 до 17 років з політравматичними ушкодженнями внаслідок кататравми та дорожньо-транспортних пригод. Розподіл постраждалих по роках був наступним: 2008 рік – 19 (17,6 %) дітей, 2009 рік – 24 (22,2 %) пацієнтів, 2010 рік – 26 (24,1 %) хворих, 2011 рік – 18 (16,7 %) та 2012 рік – 21 (19,5 %) потерпілих. З них 66 хлопчиків (61,1 %) і 42 дівчинки (38,9 %). Строк лікування становив від 3 до 18 місяців. Ургентні операції з приводу переломів довгих трубчастих кісток верхніх та нижніх кінцівок виконані у 62 (57,4 %) пацієнтів (всього 58 втручань). При аналізі скелетної травми, враховували вид перелому (діафізарний, метафізарний, епіфізарний), локалізація (верхні або нижні кінцівки), його тип (стабільний або та нестабільний), ступінь відкритості за класифікацією Gustilo-Anderson. Абсолютними показаннями до ургентної стабілізації відламків були: скелетна травма, що поєднувалась з шоком II - III ступенів, порушенням свідомості за шкалою Глазго (сопор, кома) та викликала у пацієнта синдром взаємного обтяження; відкриті переломи (II та III ступеню). При відкритих переломах I ступеню, та наявності травматичного шоку I ступеню, порушенні свідомості типу оглушіння, основним критерієм до вибору тактики лікування був тип перелому (стабільний або нестабільний). Тактика лікування стабільних переломів зводилась до консервативного ведення пацієнтів (гіпсова іммобілізація або скелетне витягання). У випадках незадовільного співставлення відламків проводили оперативне лікування переломів. При нестабільних відкритих переломах (I ступінь) застосовували апарати зовнішньої фіксації.

Результати та обговорення: з використанням вищенаведеної тактики лікування добрі результати отримані у 54 (87,1 %), задовільні у 6 (9,7 %), незадовільні у 2 (3,2 %) пацієнтів. Серед ускладнень ургентного оперативного лікування були виявлені наступні: незадовільна репозиція відламків - 15 (13,9 %) випадків, з них: переломи гомілки - 6 (5,56 %) випадків; стегна - 7 (6,5 %) випадки; плеча - 3 (2,7 %) випадки; некоректне проведення стрижнів Шанца - 5 (4,6 %) випадки; запалення м'яких тканин навколо стрижнів Шанца та спиць Кіршнера - 8 (7,4 %) випадків; нейропатія променевого та ліктьового нервів - 2 (1,9%) випадок. Послідовність хірургічних втручань диктувалась клінічною симптоматикою. Оперативні втручання на органах черевної порожнини з приводу кровотеч на тлі протишокової терапії були активними компонентами реанімаційного комплексу. При політравмі прослідковувалась зміна домінуючого пошкодження на етапах лікування (живіт, груди, череп, опорно-руховий апарат). Успішне лікування одного травматичного вогнища давало можливість послідовно переходити до втручань з приводу інших ушкоджень. Лікування закритих ушкоджень опорно-рухового апарата базувалося на використанні простих ощадливих методів корекції, репозиції та фіксації. Невідкладного оперативного втручання вимагали відкриті переломи та великі рани.

Висновки:

1) надання хірургічної та травматологічної допомоги при політравмі внаслідок повинне здійснюватися спеціалізованими лікувальними закладами з організаційною структурою, що забезпечує етапність лікувально-діагностичних заходів;

2) тактика лікування дітей з переломами кінцівок при політравмі залежить від виду перелому, тяжкості травми, ефективності стабілізації загального стану постраждалого;

3) якість життя дитини в посттравматичному періоді залежить не тільки від тяжкості отриманого ушкодження, але й від якості надання медичної допомоги на всіх етапах лікування.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Левицкий А.Ф.¹, Карабенюк А.В.¹, Черняк И.С.²

¹-Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев

²-Национальная детская специализированная больница «Охматдет», г. Киев, Украина

Проведен анализ лечения и была определена схема оптимального лечения 108 детей возрастом от 2 до 17 лет с политравмой. Ургентные операции по поводу переломов длинных трубчатых костей верхних и нижних конечностей выполнены у 62 (57,4 %) пациентов (всего 58 вмешательств). При анализе скелетной травмы, учитывали вид перелома (диафизарный, метафизарный, эпифизарный), локализация (верхние или нижние конечности), его тип (стабильный или нестабильный), степень открытости по классификации Gustilo-Anderson. Абсолютными показаниями к ургентной стабилизации отломков были: скелетная травма, которая объединялась с шоком II - III степеней, нарушением сознания по шкале Глазго (сопор, кома) и вызывала у пациента синдром взаимного отягощения; открытые переломы (II и III степени). С использованием вышеприведенной тактики лечения хорошие результаты получены у 54 (87,1 %), удовлетворительные у 6 (9,7 %), неудовлетворительные у 2 (3,2 %) пациентов.

APPLICATION OF OPTIMUM TACTICS OF TREATMENT OF EXTREMITIES FRACTURES IN CHILDREN WITH POLYTRAUMA

Levitsky A.F.¹, Karabenyuk A.V.¹, Cherniak I.S.²

¹-National medical university of a name of O.O.Bogomoltsja, Kiev, Ukraine

²-National children's specialised hospital "Ohmatdet", Kiev, Ukraine

The analysis of treatment is carried out and the scheme of optimum treatment of 108 children by age from 2 till 17 years with polytrauma has been defined. Urgent operations concerning fractures of long tubular bones of the upper and lower extremities are executed at 62 (57,4 %) patients (58 interventions). At the analysis of a skeletal trauma, considered a fracture kind (diaphysial, metaphysial, epiphysial), localisation (upper or lower extremities), its type (stable or unstable), degree of open fracture by classification Gustilo-Anderson. Absolute indications to urgent stabilisation of fractures were: the skeletal trauma which united with shock II - III degrees, consciousness infringement on a scale of Glasgow and caused a syndrome of mutual burdening in the patient; open fractures (II and III degrees). With use of above-stated tactics of treatment good results are received at 54 (87,1 %), satisfactory at 6 (9,7 %), unsatisfactory at 2 (3,2 %) patients.