

## ОСТЕОСИНТЕЗ КІСТОК КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ІШЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Страфун С.С., Долгополов О.В., Ткач А.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

ДУ «Кримський медичний університет ім. С. І. Георгієвського», м.Сімферополь

Однією з складних проблем лікування переломів кінцівок методом остеосинтезу є його застосування при постратравматичній ішемії. Переломи, що ускладнені ішемією, виникають як внаслідок високоенергетичної травми, так й при «звичайних» переломах за умов підвищення підфасціального тиску (ПФТ) у межах закритого кістково-фасціального футляру. При лікуванні переломів кінцівок будь-якої локалізації виникає проблема застосування адекватного остеосинтезу. І якщо при відкритих переломах перевагу віддають методикам зовнішньої фіксації, то при наявності закритого перелому, ускладненого ішемією, виникає питання про виконання остеосинтезу одночасно з фасціотомією. Тобто є необхідність переведення закритого перелому у відкритий, а отже зростає загроза післяопераційних ускладнень. При згаданій ситуації лікарі починають лікування переломів за допомогою скелетного витягу, гіпсової іммобілізації, «тактика спостереження» тощо. В кінці-кінців, такий пасивний підхід не вирішує жодної проблеми, - ішемія кінцівки продовжує розвиватись, а переломи знаходяться у стані неадекватного співставлення з наявною інтерпозицією м'яких тканин.

Досвід наших лікувальних закладів дозволяє поділитися етіопатогенетичним підходом до лікування переломів в умовах ішемії.

У роботі проаналізовано 94 хворих з закритими переломами кінцівок та їх наслідками, що ускладнені постратравматичною ішемією.

До першої групи увійшли 28 (29,8 %) пацієнтів з переломами та місцевий гіпертензивний ішемічний синдром (МГІС). 12 (42,8 %) пацієнтів були з легким ступенем МГІС, 10 (35,7 %) з середнім та 8 (28,6 %) з тяжким МГІС. Тяжкість МГІС оцінювали за класифікацією Страфуна С. С. У пацієнтів першої клінічної групи з легким та середнім ступенем МГІС переважала травма у побуті (16 (57,1 %) випадків) при тяжкому МГІС (6 (21,4 %) випадків) - дорожньо-транспортна травма.

Остеосинтез переломів здійснювали, в середньому, через добу від травми. Методику остеосинтезу вибирали залежно від локалізації перелому, тяжкості ішемії (показників підфасціального тиску), наявності дефекту шкіри, ушкодження судинно-нервових пучків, можливості проведення розширеної дерматофасціотомії тощо.

Другу групу склали 30 (31,9 %) пацієнтів у гострому та реактивно-відновлювальному періоді ішемічної контрактури з наявними сповільнено консолидуючими переломами, несправжніми суглобами та/або гнійно-некротичними ускладненнями

У третю клінічну групу увійшли пацієнти (36 (38,3 %) випадків) у резидуальному періоді ішемічної контрактури з наявними контрактурами суглобів, несправжніми суглобами або сегментарними дефектами кісток.

Ми проаналізували результати остеосинтезу на різних стадіях ішемічного процесу у кожній клінічній групі. При аналізі враховували терміни загоєння переломів, наявності порушень репаративного остеогенезу та гнійно-некротичних ускладнень.

Підсумовуючи отримані дані, можна сказати, що у разі травми та виникнення внаслідок неї переломів, ускладнених МГІС, доцільно застосовувати активну хірургічну тактику. Застосування раннього остеосинтезу при переломах кісток, ускладнених МГІС, дозволяє стабілізувати, а потім знизити підфасціальний тиск, отже уникнути спустошливих наслідків ішемії. Проведення своєчасного адекватного остеосинтезу не тільки впливає на стабілізацію кісток кінцівок, але й є запорукою нормалізації регіонарного кровообігу у сегменті, що уражений ішемією. Відстрочення оперативного лікування супутніх ушкоджень периферичних нервів, магістральних судин, несвоєчасне вирішення закриття шкірних дефектів призводить до виникнення тяжкої ішемічної контрактури кисті чи стопи, розвитку

нейродистрофічного синдрому, трофічних розладів і в кінцевому результаті до гнійно-некротичних ускладнень і остеомієліту.