

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кривенко С. Н., Попов С. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина.

Вступление. Лечение больных с переломами длинных костей конечностей является актуальной медицинской и социальной проблемой. В Украине ежегодно регистрируется около 2 млн. травм, вследствие которых гибнет третья часть пострадавших. Отмечается увеличение не только частоты, но и их тяжести в связи с ростом высокоэнергетических повреждений в результате дорожно-транспортных происшествий, недостаточным уровнем техники безопасности на производстве, снижением уровня жизни населения.

Цель. Изучить в сравнительном аспекте причины инвалидности при множественных и изолированных диафизарных переломах длинных костей конечностей.

Материалы и методы. Множественные переломы костей конечностей изучены у 255 больных, у которых диагностировано 599 переломов, находившихся на лечении за период 1991 по 2014 годы. Среди пострадавших мужчин было в 4,4 раза больше (208–81, 6 %), чем женщин (47–18,4 %). Тяжелые множественные повреждения костей конечностей чаще возникали вследствие автодорожных происшествий (40,4 %-103), либо на производстве – (23,5%-60), где заняты в основном мужчины. 70,6% (180) пострадавших составили лица трудоспо-собного возраста. Прямой механизм травмы явился причиной возникновения 325 (54,3%) закрытых и 274 (45,7%) открытых переломов костей конечностей. При этом оскольчатые и многооскольчатые переломы были диагностированы в 38,7%, а поперечные и косые – в 53,4% случаев. У всех пострадавших выявлено 186 (31,1%) односторонних переломов смежных сегментов, 145 (24,2%) двусторонних симметричных и 196 (32,7%) перекрестных переломов различных сегментов. Одновременно переломы трех и более сегментов наблюдались в 12% (72) случаев. Двусторонние переломы одно и двухкостных сегментов были представлены переломами обеих плечевых костей (12–8,3% из числа двусторонних переломов), обеих бедер (24–16,5%), плеча и предплечья (4–2,8%), бедра и голени (31–21,4%) на разных сторонах, костей обеих голени (49–33,8%), предплечья и бедра (2–1,4%), предплечья и голени (8–5,5%) на противоположных сторонах, а также переломами плечевой и бедренной костей (2–1,4%), плечевой кости и костей голени (13–8,9 %) на разных сторонах. Группа пострадавших, у которых диагностированы переломы трех и более сегментов костей конечностей составила 72 наблюдения (12%). Переломы плечевой кости и костей обеих голени диагностированы в 10,9 % (из числа наблюдений этой группы- 6) случаев, переломы трех двухкостных сегментов имели место также в 10,9% (6). В 7,3% (4) наблюдались переломы обеих бедренных костей и костей голени, а также обеих голени и бедра – 20% (11). В 12,7% (7) имелись одновременно переломы костей предплечья, бедра и голени, а в 7,3% (4) – бедра, голени и плеча. Из числа этих наблюдений у 17 больных имели место переломы четырех сегментов. Используются рентгенологические и клинические методы исследования. При анализе полученных данных оценка достоверности различий проводилась на основе критерия Стьюдента. К выбору методов и способов лечения, больных с множественными переломами костей конечностей подходили строго индивидуально и реализовывали их в зависимости от состояния витальных функций организма пострадавшего. Для лечения переломов этих локализаций использовали чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации. Эта методика лечения применена нами, как по экстренным показаниям, так и при отсроченном остеосинтезе. Лечение аппаратом внешней фиксации спице – стержневого типа осуществлено 75% больным и 25% пострадавших лечились посредством аппаратов внешней фиксации спицевого типа.

Результаты исследования. Результаты изучены в сроки от 8 месяцев до 5 лет после травмы. Из общего количества больных (255) с множественными переломами за 1995 – 2014

гг. на МСЭК было направлено 108 пациентов. Из них: перелом костей голени у 83(76,8%) пациентов, костей предплечья – 6 (5,6%), плечевой кости – 6 (5,6%), бедренной кости – 1 (0,9%), смежные переломы бедра и голени – 4 (3,7%), переломы дистального отдела голени – 8 (7,4%). Из числа освидетельствованных 77 (71,3%) больным было продлено лечение по больничному листу общим сроком до 4 месяцев. В этих наблюдениях выздоровление наступило в сроки от 4 до 8 месяцев. Инвалидами второй группы (23–21,3%) были признаны больные с замедленной консолидацией переломов (7–30,5%), развитием остеомиелита на одном сегменте и замедленной консолидацией другого сегмента поврежденной конечности (14–61%), наличием спицевого остеомиелита (1–4,3%) и неправильно-сросшимися переломами костей конечностей (1–4,3%). 8 (7,4%) больных были признаны инвалидами третьей группы. Из 108 пациентов, первично освидетельствованных на МСЭК, у 23 (21,3%) больных не выявлено ошибок и осложнений в лечении множественных переломов длинных костей конечностей. В группе пострадавших с моносегментарными переломами нарушения функции опоры и (или) движения, ставшие причиной первичной инвалидности, отмечены у 23 человек, в том числе 16 человек с переломами бедренной кости и 7 человек с переломами костей голени, что в принципе соответствует данным публикаций за аналогичный период. Из них непосредственной причиной, обусловившей неблагоприятный результат, были: нарушения репаративной регенерации костной ткани–14 человек из 23 (60,9%), в т. ч. у 8 человек из 16 (50%) при переломах бедренной кости и 6 из 7 человек (85,7%) с переломами костей голени, остеомиелит – у 4 человек из 23 (17,4%), все при переломах бедренной кости, контрактуры и посттравматический артроз смежных с повреждениями сегментом суставов – у 4 человек (17,4%), в т. ч., 3 человека из 16 (18,8%) при переломах бедра и 1 человек из 7 (14,3%) при переломе костей голени, прочие – 1 человек (4,3%).

Выводы. Таким образом, представленные данные показывают, что при множественных диафизарных переломах длинных костей конечностей основными инвалидизирующими факторами были: замедленная консолидация переломов – 27,7%, остеомиелит – 16,7% и посттравматический деформирующий артроз 7,4%; при моносегментарных диафизарных переломах длинных костей нижней конечности–5,5%,–1,6%,–1,6%. При переломах бедренной кости эта причина по удельному весу статистически достоверно не отличается ($p > 0,05$) от суммы двух иных причин: остеомиелит и контрактура коленного сустава. Последний факт свидетельствует о необходимости при выборе и осуществлении методики лечения более тщательного, подхода к восстановлению функции мягкотканного двигательного аппарата коленного сустава, применения способов лечения, сочетающих принципы минимальной инвазивности и функциональности. Об актуальности этой позиции говорят полученные нами данные о том, что 50% первичной инвалидности при переломах бедра обусловлены иными причинами. Структура инвалидизирующих факторов среди пострадавших, как с множественными, так и с изолированными переломами длинных костей конечностей сопоставима по нозологическим причинам: нарушения репаративной регенерации, остеомиелит, контрактуры крупных суставов и посттравматический остеоартроз. Частота их находится во взаимосвязи с характером и тяжестью анатомо-морфологических структур повреждения и количеством поврежденных сегментов опорнодвигательного аппарата.