

ДІАГНОСТИКО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СТЕГНА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

В. Д. Шищук, д-р мед. наук,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Стаття присвячена актуальній темі сучасної травматології – лікуванню постраждалих із переломами стегнової кістки. З метою визначення впливу оперативного лікування переломів стегна при поєднаній травмі на наслідки лікування, визначення оптимальних строків проведення оперативного лікування був проведений аналіз результатів лікування постраждалих із політравмою, у яких були переломи стегна.

Ключові слова: політравма, перелом стегнової кістки, оперативне лікування.

Статья посвящена актуальной теме современной травматологии – лечению пострадавших с переломами бедренной кости. С целью определения влияния оперативного лечения переломов бедра при сочетанной травме на последствия лечения, определения оптимальных сроков проведения оперативного лечения был проведен анализ результатов лечения пострадавших с политравмой, имевших переломы бедра.

Ключевые слова: политравма, перелом бедренной кости, оперативное лечение.

Однією з актуальних проблем сучасної травматології є високий рівень травматизму та смертності від отриманих множинних і поєднаних пошкоджень опорно-рухової системи. За даними ВОЗ, у структурі причин смертності травми посідають третє місце, а серед населення віком до 40 років – перше. Незважаючи на те, що постраждалі з політравмою становлять 8-10 від усіх, хто потрапляє на стаціонарне лікування, смертність від травм серед них досягає 70.

Аналіз наукової літератури останнього десятиліття показав значне зростання інтересу лікарів різних спеціальностей до проблеми «політравми» в усіх її аспектах. З науковою тематикою даного дослідження пов'язаний цілий ряд наукових публікацій таких авторів, як Л. М. Анкін [1], С. О. Гур'єв [2], Г. П. Істомін [3], В. Г. Клімовицький [4], М. О. Корж [5], С. В. Ринденко [6], В. М. Пастернак [7], Ю. В. Поляченко [8] та інші. У зарубіжній науковій літературі питанням політравми та принципам лікування множинних і поєднаних пошкоджень приділяється також достатня увага [9, 10].

Тактика лікування постраждалих із політравмою – процес складний і динамічний, пов'язаний з негайним застосуванням комплексу реанімаційних протишокових заходів, стабілізацією життєво важливих функцій та раннім оперативним лікуванням, спрямованим на стабілізацію ушкоджених структур опорно-рухової системи. При множинній і поєднаній травмі радикальне оперативне лікування переломів кісток має здійснюватися після ліквідації складової, що загрожує життю. У гострій період травми завершальне лікування травмованих кісток потрібно здійснювати в першу добу, причому перевагу доцільно надавати комбінованим методам.

Перелом стегнової кістки як компонент політравми спостерігається в 1,0-5,56 постраждалих залежно від вікової групи і обтяжує стан постраждалого, що підвищує ризик виникнення ускладнень. Летальність серед постраждалих цієї групи становить 58,01-92 залежно від віку, що визначає актуальність дослідження цього напрямку і потребує поглибленого вивчення питання підвищення ефективності діагностики та

лікування постраждалих, а саме: шляхом визначення оптимальних строків оперативного лікування переломів стегнової кістки [2].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати тактику лікування переломів стегнової кістки у постраждалих при поєднаній травмі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Матеріалом дослідження стали історії хвороб 552 постраждалих із політравмами опорно-рухової системи, які перебували на лікуванні в Сумському обласному ортопедотравматологічному центрі впродовж 1997-2007 рр. Постраждали з переломами стегнової кістки склали 124 потерпілих, що становить 32.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Переломи стегнової кістки, як правило, є одним із найпоширеніших пошкоджень опорно-рухового апарату при тяжкій політравмі. Перелом стегнової кістки найчастіше виникає внаслідок дорожньо-транспортних (67,78) та побутових травм (28,31) і поєднується з ушкодженнями черепа та головного мозку (87,95), органів черевної порожнини (70,78), органів грудної клітки (74,10). Механізмами виникнення перелому стегна є: прямий удар – 40,66, стиснення – 31,02, падіння – 27,41, невизначений – 0,90.

Консервативні методи іммобілізації при переломах стегна, особливо при діафізарних, не дають бажаного результату – достатньої стабільності, особливо при психомоторному збудженні, що призводить також до додаткової крововтрати і травмування м'яких тканин у зоні перелому рухомими кістковими уламками з утворенням біологічно активних речовин, що відволікає додаткові сили організму з можливим подальшим розвитком синдрому поліорганної недостатності. Активізація такого постраждалого призводить до болю в місці перелому, що є патологічною аферентною імпульсацією. Застосування центральних аналгетиків в адекватних дозах призводить до пригнічення дихання, що зменшує об'єм вентиляції, а також мукоциліарне і кашльове очищення від харкотиння. Достатню фіксацію можливо досягти при оперативному лікуванні із застосуванням різноманітних методів фіксації, що в гострому періоді може завадити розвитку легеневої недостатності, але сама операція – це різновид травми, яка завдається в певних умовах (в операційній, під наркозом і виконується хірургом) та може погіршити стан пацієнта. Усе вищенаведене показує, наскільки важливі усі умови, в яких проходить одужання постраждалого.

З метою визначення впливу оптимальних строків проведення оперативного лікування постраждалих із переломом стегна при поєднаній травмі був проведений аналіз результатів лікування.

Усі постраждалі з переломами стегнової кістки були поділені на 3 групи. До першої групи віднесли постраждалих, які потребували негайного оперативного втручання. У постраждалих, які були доставлені в шоківому стані, лікувально-діагностичні заходи були спрямовані на виявлення джерела масивної кровотечі, причин різких розладів дихання чи наростаючих мозкових порушень. Оперативні втручання у цієї категорії постраждалих проводилися в наймінімальнішому обсязі – припинення кровотечі й усунення причин, що зумовлюють виникнення розладів дихання. При пошкодженнях II-III В типу (за класифікацією А. В. Каплана, О. Н. Маркової) проводили тимчасовий гемостаз до стабілізації артеріального тиску вище критичного рівня.

Другу групу склали постраждалі з розривом порожнинних органів, відкритим пневмотораксом із множинними і поєднаними травмами,

тяжкими відкритими пошкодженнями кінцівок. При пошкодженнях II-A-III типу до операції проводили інтенсивне реанімаційне лікування. Втручання виконували у перші 2-3 години після госпіталізації пацієнта до стаціонару.

До третьої групи ввійшли пацієнти з тяжкими домінуючими травмами опорно-рухового апарату. При пошкодженнях III-B-IV типу проводили тимчасовий гемостаз до стабілізації артеріального тиску вище критичного рівня. Необхідні операції у них з приводу відкритих переломів і відривів кінцівок проводили тільки при стабілізації артеріального тиску вище критичного рівня.

Радикальне лікування переломів у таких хворих не слід відкладати на пізні терміни. При відкритих пошкодженнях з ознаками тяжкого шоку 3-4-го ступеня вирішальне значення мають швидке відновлення ОЦК впродовж перших 2 годин, адекватне операційне знеболення, стабілізація уламків чи фрагментів стегна малотравматичною позавогнищевою фіксацією.

Десятирічний досвід лікування постраждалих із переломами стегна дозволив нам узагальнити методики діагностики та лікування у клініко-організаційній схемі надання медичної допомоги як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі. Нами використано методи і методики лікування даного контингенту, що були запропоновані відомими вітчизняними та зарубіжними авторами: Л. М. Анкін, Г. П. Істомін, М. О. Корж, М. О. Левенець, В. Г. Ринденко, L.B. Lerer, K. Schwamderger та ін.

У результаті аналізу досвіду лікування постраждалих із поєднаною травмою нами була розроблена клініко-організаційна схема надання медичної допомоги постраждалим із переломами стегнової кістки. Послідовність оперативних втручань диктується пошкодженнями – визначення домінуючої (найбільш небезпечної травми), конкуруючої і супутньої травм. У першу чергу ліквідуються пошкодження, що загрожують життю, проведення операцій такого роду можливе синхронно декількома бригадами.

У хірургічному лікуванні постраждалих із переломами довгих трубчастих кісток доцільно користуватися принципами стабільно-функціонального остеосинтезу пластинами, стрижнями, а також апаратами зовнішньої фіксації з можливою подальшою заміною методу фіксації на занурювальні імплантати.

У випадках відкритих переломів остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації проводили у складі первинної хірургічної обробки відкритого перелому в ситуаціях, коли загальний стан пацієнта дозволяв це виконати.

Під час проведення оперативного втручання на стегні ми дотримувалися принципу, що визначає пріоритетність оперативного втручання на органах черевної порожнини, головному мозку, при ушкодженні органів грудної клітки перед скелетними втручаннями внаслідок того, щоб забезпечити адекватність вітальних функцій. Виходячи з того самого принципу, а також концепції стресу Сельє, доцільно дотримуватися таких принципів:

– оперативні втручання на стегні проводяться або в перші 6-12 годин, де можливе переважне застосування апаратів зовнішньої фіксації з метою стабілізації стегна при відкритих переломах у складі первинної хірургічної обробки рани (відкритого перелому) та за стабілізації стану постраждалого за наявності показань – занурювальних імплантатів. Оперативне втручання можливе лише в 11,75 випадків, крім того, летальність під час проведення оперативного лікування в першу добу досягає 64,10;

– у разі неможливості виконання оперативного втручання в зазначений термін доцільно виконувати його впродовж 48-72 годин після травми – у «світлий проміжок», по закінченні шокowego періоду та до початку періоду загрози виникнення поліорганної недостатності.

Наш досвід свідчить, що оперативне втручання на стегні, яке виконується у період виникнення та розвитку поліорганної недостатності – в стадії нестійкої адаптації травматичної хвороби, спричиняє високу летальність, тому ми не рекомендуємо проведення операцій у цей період. У разі виконання оперативного втручання у цей контингент постраждалих потребує висококваліфікованого анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії понад 48-72 годин.

Постраждалі, ступінь тяжкості пошкоджень яких незначний, обстежуються у звичайному режимі передопераційної підготовки. Лікування таких постраждалих проводиться у травматологічному відділенні. Оперативне лікування перелому стегнової кістки проводиться після обстеження та підготовки пацієнта у плановому порядку.

При відкритих переломах стегнової кістки хворі обстежуються в умовах протишоквої палати з проведенням протишоквої, інфузійної терапії або в передопераційному залі. Проведення діагностичних маніпуляцій повинно бути синхронізовано з діями анестезіологічно-хірургічної бригади. При ефективних протишоквих заходах та за відсутності ознак недостатності функціонування систем життєзабезпечення і порушень свідомості, що потребують моніторингу та лікування у відділенні інтенсивної терапії, такий хворий може бути направлений для подальшого лікування у травматологічне відділення або у відділення політравми. Оперативне лікування переломів стегнової кістки може бути безпечно проведено після стабілізації стану постраждалого, тобто після 2-3-ї доби. Винятком є відкриті переломи, хірургічну обробку яких можливо виконати після протишоквих заходів, що проводяться в умовах операційної або передопераційної палати, вид синтезу можна вибрати залежно від виду та складності перелому.

При середньому ступені тяжкості переломи стегнової кістки в даних випадках доцільно іммобілізувати методом скелетного витягу або за допомогою гіпсових пов'язок, а оперативне лікування переломів стегнової кістки виконувати в період 2-3-ї, 4-7-ї доби після стабілізації стану постраждалого, враховуючи клініко-нозологічну групу та ступінь тяжкості ушкоджень. При відкритих переломах, у випадках стабілізації стану хворого під час проведення операцій першої черги, можливе виконання первинної хірургічної обробки рани з металоостеосинтезом апаратами зовнішньої фіксації. У випадках відсутності тенденції до стабілізації загального стану постраждалого і за відсутності зовнішньої кровотечі доцільно обмежитися адекватним туалетом рани, а остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації провести після стабілізації стану постраждалого.

Було встановлено, що в групі постраждалих із тяжкими пошкодженнями летальність становить 90. Оперативне лікування переломів стегнової кістки не вносить суттєвих змін у наслідки лікування, що й визначає підходи до лікування цієї групи постраждалих. У таких пацієнтів першочергові оперативні втручання спрямовані на підтримку та корекцію функціонування життєзабезпечуючих систем, остеосинтез перелому стегна проводиться тільки після стабілізації стану постраждалого і апаратами зовнішньої фіксації без репозиції уламків у стані зміщення.

У постраждалих з дуже тяжкими пошкодженнями стегнової кістки підхід до оперативного втручання дещо відрізняється від загальноприйнятих за стандартними схемами травматології, а саме: вирішення питання про доцільність оперативного лікування переломів

стегна на фоні стабілізації стану постраждалого та адекватного анестезіологічного знеболення. Рекомендовано оперативні втручання для такої групи постраждалих проводити у відділеннях багатопрофільних лікарень (клініки політравми або екстреної невідкладної травматології).

ВИСНОВКИ

Таким чином, не існує та принципово не може існувати єдиного критерію прийняття клініко-організаційного рішення щодо оперативного лікування перелому стегна у постраждалих із полісистемною травмою, але у кожній клініко-нозологічній групі залежно від тяжкості пошкоджень існують свої часові періоди відносної безпеки для життя, виникнення ускладнень травматичної хвороби та зони високого ризику для виконання оперативних втручань на стегні, що необхідно враховувати під час планування лікувальної тактики.

Оперативне лікування переломів стегна оптимізує перебіг травматичної хвороби. Зоною високого ризику виникнення летального кінця є шоківий період травматичної хвороби – перша доба, а оптимальний термін – індивідуальний для кожного постраждалого і знаходиться в межах 2-7 діб, залежно від клініко-нозологічної групи та тяжкості ушкоджень за результатами стандартизованої системи оцінки.

Розроблена та впроваджена уніфікована схема прийняття клініко-організаційних рішень при лікуванні постраждалих із переломом стегна як компонента політравми полегшує ухвалення клініко-організаційного рішення та оптимізує процес надання медичної допомоги постраждалим. У цілому застосування даної лікувально-діагностичної тактики при оперативних втручаннях призводить до зменшення ускладнень та дозволяє скоротити показники летальності за рахунок зменшення ризику виникнення і розвитку синдрому поліорганної недостатності.

SUMMARY

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC TACTICS IN THE TREATMENT OF HIP FRACTURES IN PATIENTS WITH POLYTRAUMA

V.D. Shyschuk,

Medical Institute of Sumay State University

Article is devoted to an important topic of modern traumatology – treatment of victims with fractured femur. To determine the effect of surgical treatment of hip fractures in combined injuries on further treatment, determining the optimal timing of surgery treatment, the author analyzed the results of treatment of victims with polytrauma, who had hip fractures.

Key words: *polytrauma, fracture of the femur, surgical treatment.*

СПИСО ЛІТЕРАТУРИ

1. Анкин Л. Н. Применение минимально инвазивного остеосинтеза при лечении диафизарного перелома бедренной кости / Л. Н. Анкин, Ю. В. Поляченко, Н. Л. Анкин, С. А. Король // Клінічна хірургія. – 2000. – № 6. – С. 40-43.
2. Гур'єв С. О. Лікування постраждалих з полісистемними та поліорганними пошкодженнями в сільській місцевості [монографія] / С. О. Гур'єв, П. В. Танасієнко, М. М. Хіміч, В. Д. Шищук. – Житомир: СПД Медведєва, 2008. – 112 с.
3. Истомин Г. П. Особенности политравм, полученных при различных видах дорожно-транспортных происшествий / Г. П. Истомин // Политравма: тез. докл. обл. науч.-практ. конф. – Х., 1986. – С. 24-26.
4. Климовицкий В. Г. Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями на этапе острого периода травматической болезни / В. Г. Климовицкий, В. Н. Пастернак, Ю. В. Поляченко // Архив клинической и экспериментальной медицины. Прил. – 1999. – Т. 8, №4. – С. 8-13.
5. Корж М. О. Вибір способу остеосинтезу при переломах кісток / М. О. Корж, Л. Д. Горідова // Дванадцятий з'їзд травматологів-ортопедів України (Київ, 18-20 вересня 1996 р.) : матеріали з'їзду. – Київ, 1996. – С. 45-46.
6. Рынденко С. В. Внеочаговая стержневая фиксация как метод лечебно-транспортной иммобилизации в лечении переломов голени в условиях политравмы / С. В. Рынденко

- // Збірник наукових праць XIII з'їзду ортопедів-травматологів України. – Донецьк, 2001. – С. 84-85.
7. Пастернак В. Н. Дифференцированная хирургическая тактика острого периода травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями / В. Н. Пастернак, Ю. В. Поляченко, В. Г. Климовицкий // Архив клинической и экспериментальной медицины. Прил. – 1999. – Т. 8, Вып. № 2. – С. 231-236.
 8. Поляченко Ю. В. Оперативне лікування медіальних переломів шийки стегнової кістки / Ю. В. Поляченко, Ю. Л. Павлишен // Шпитальна хірургія. – 2000. – №4. – С. 129-131.
 9. Gaiko G. V. Treatment of fractures in victims of complex injuries with ITO multi-functional external frames (MEF-ITO) / G. V. Gaiko, A. V. Kostiuk // The 13th SICOT Trainee's Meeting. Abstracts. St. Petersburg, Russia: Morsar AV, 2002. – P. 206-207.
 10. Cramp I. M. Analysis of multiple organ system failure in trauma and nontrauma patient / I. M. Cramp, D. A. Duncan, R. Wears // Amer. Surg. – 2000. – №12. – P. 72-78.

Надійшла до редакції 12 вересня 2011 р.