

имел место также перелом левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра.

Следующий пациент госпитализирован с множественными переломами обеих нижних конечностей. Ему также на одном из этапов эвакуации произведена лапаротомия (или лапараскопия). Поставлен диагноз «острый живот». Релапаротомия выявила наличие полиэтиленового катетера, «забытого» в свободной брюшной полости и приведенного к ее инфицированию с развитием перитонита. По выздоровлению пациент переведен в травматологическое отделение.

Скончалась больная с синдромом длительного сдавления, острой почечной недостаточностью, ампутацией нижней конечности на уровне средней трети бедра, которой произведена диагностическая лапаротомия по поводу «острого живота». Патологии со стороны органов брюшной полости на операции не обнаружено.

Двое больных были оперированы по поводу острого тромбоза мезентеральных сосудов и панкреонекроза.

Из 7 оперированных больных 4 скончалось в послеоперационном периоде.

Анализ результатов проведенной работы показал следующее:

Закрытые травмы живота, представляющие опасность для жизни больных, составили весьма малый процент общего числа больных, госпитализированных из зоны землетрясения. Учитывая тот фактор, что пострадавшие поступили в клинику спустя 12 час и позже, можно предположить что основной контингент больных с острыми травмами живота был оперирован в лечебных учреждениях, расположенных ближе к зоне землетрясения.

Своевременная диагностика закрытых повреждений живота значительно была затруднена ввиду наличия политравм. В преобладающем большинстве случаев закрытые травмы живота сопровождались синдромом длительного сдавления и острой почечной недостаточностью, что осложнило послеоперационный период и обусловило высокую летальность.

УДК 616.71—001.5/32—089

А. Э. МИРЗОЯН, А. Р. НИКОГОСЯН, К. У. КУДЗАЕВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Декабрьское землетрясение в Армении с массовым поступлением больных с синдромом длительного сдавления выявило недостаточную

подготовленность наших медиков при оказании помощи, особенно тем больным, у которых СДС сопровождался с переломами длинных трубчатых костей. Лечение подобных больных до настоящего времени является сложной и довольно противоречивой проблемой.

Литературные данные по хирургической тактике лечения малочисленны, в них нет единой точки зрения о наиболее благоприятных видах фиксации конечностей, целесообразности осуществления фасциотомий, сочетания различных видов оперативных вмешательств. Нет в литературе данных о возможности применения при этой патологии чрезкостных внеочаговых аппаратов. До последнего времени имелся практический опыт периода Великой Отечественной войны, который не учитывал уровня развития современной медицины.

Все это—отсутствие информации и практического опыта при оказании помощи пострадавшим с переломами длинных трубчатых костей, осложненных СДС, привело по нашему мнению, к большому количеству необоснованных ампутаций.

При оказании помощи пострадавшим представителями Курганской школы травматологов при выборе методов фиксации переломов в условиях СДС учитывались многие факторы. Так, гипсовая иммобилизация вызывает дополнительную ишемизацию конечности, ввиду нарастающего в ближайшие дни отека мягких тканей, закрывает поврежденные ткани, тем самым препятствует другим видам лечения и ухода за кожными покровами, при этом нет достаточной фиксации отломков. Скелетное вытяжение не исключает подвижности отломков, вес самого сегмента оказывает дополнительное давление на поврежденные мягкие ткани, больной полностью отстраняется от активного образа жизни. Внутри и накостные фиксаторы вызывают дополнительную травматизацию тканей, имеют опасность инфицирования костной ткани. Учитывая все это и несмотря на приказ главного травматолога СССР, запрещающий применение внеочагового чрезкостного остеосинтеза при лечении переломов в условиях СДС, мы остановились на последнем методе фиксации переломов.

Методом чрезкостного остеосинтеза по Илизарову были прооперированы 61 пострадавший на 75 сегментах. Наше сообщение основано на анализе результатов лечения 38 больных в возрасте от 8 до 64 лет с переломами костей (49 сегментов), осложненных СДС, прошедших лечение в отделении восстановительной ортопедии, организованного в декабре 1988 г. в Ереванском филиале ВНИЦ АМН СССР.

Общие проявления СДС разной степени выраженности от легких до тяжелых, потребовавших гемодиализа, ультрафильтрацию и гемосорбцию, отмечено у 28 больных. Местные проявления, как стойкие отеки конечностей, невриты, глубокие подкожные некрозы мягких тканей отмечены у всех пострадавших. Открытые переломы костей диатнозированы у 13 больных, закрытые у 25. Переломы костей голени отмечены у 25 пациентов, плечевой кости у 8, предплечья у 7, бедра у 8, клю-

чицы у 2, пятки у 1 и у 1 больной отмечался перелом таза с нарушением целостности тазового кольца.

Степень анатомофункциональных нарушений зависела от длительности сдавливания, ее механической интенсивности, кровопотери и других факторов.

При выборе тактики хирургического лечения учитывались как общие, так и местные проявления СДС. Практически всем больным с открытыми переломами костей, повреждениях целостности кожи, а также глубоких некрозах мягких тканей по показаниям производилась первичная хирургическая обработка ран. Показанием к осуществлению фасциотомий считали резкое нарастание отека мягких тканей (2 больных).

Остеосинтез костей считали показанным осуществлять в первые часы поступления больных в комплексе с противошоковыми мероприятиями, как средство, устраняющее дополнительный болевой фактор и препятствующее распространению инфекции.

Как уже отмечалось выше, при лечении подавляющего большинства переломов, был применен внеочаговый чрезкостный остеосинтез по Илизарову, как наиболее стабильный, малотравматичный, функциональный, позволяющий динамично управлять взаиморасположением отломков, наблюдать за состоянием ран, поврежденных мягких тканей, и при необходимости производить дополнительные хирургические вмешательства на мягких тканях конечности. Все эти качества выбранного нами метода фиксации переломов, позволили в большинстве случаев обходиться без фиксации смежных суставов, активизировать больных с первых дней после операции.

Наряду с основными методиками, 2 больным провели лечение методом скелетного вытяжения: при переломе вертлужной впадины и многооскольчатом переломе диафиза плеча; 2 другим больным с сочетанными переломами, лечение двухлодыжечного перелома и перелома лучевой кости произвели гипсовыми повязками.

Одному больному с открытым переломом обеих костей голени и выраженными местными проявлениями СДС во время первичной хирургической обработки раны пришлось удалить свободнолежащие инфицированные отломки большеберцовой кости с образованием дефекта костной ткани до 4 см, который в процессе лечения возмещен методом биолокального остеосинтеза.

В большинстве случаев больным во время операции производился окончательный вариант остеосинтеза аппаратом Илизарова с одномоментной репозицией отломков (24 больных). В остальных случаях, учитывая неблагоприятное состояние мягких тканей сегментов, пришлось накладывать временные фиксационные варианты аппаратов. В дальнейшем по заживлению ран и фасциотомий этим больным были произведены окончательные варианты остеосинтезов с репозицией отломков.

Все больные получали комплексное и хирургическое лечение. Ранняя активизация благодаря жесткой фиксации и сохранения подвиж-

ности в смежных суставах, позволила начать реабилитацию больных с первых дней после операции. В комплекс восстановительного процесса анатомо-функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата были включены курсы иглотерапии, гипноза, гомеопатии, массажа, ЛФК, физиопроцедур. В процессе реабилитации участвовали зарубежные специалисты из Австралии и Франции. Активный, максимально приближенный к обычным условиям образ жизни больных, при улучшении общего состояния, позволял им часто отлучаться из стационара в аппаратах, а многим лечиться в амбулаторных условиях и даже принимать посильное участие в восстановительных работах дома. Все это помогло ранней психо-эмоциональной реабилитации больных.

Непосредственные результаты лечения изучены у всех больных. Консолидация переломов, не требующая дополнительной иммобилизации после снятия аппаратов, достигнута у 26 больных. Остальным с профилактической целью наложены гипсовые лонгеты сроком до 45 дней.

Встретившиеся ошибки и осложнения были обусловлены организационными сложностями в условиях массового поступления больных, а также техническими погрешностями при выполнении остеосинтеза, послеоперационного ведения больных, что отразилось только на сроках лечения. Раннее снятие аппарата явилось причиной трансформации регенерата и поэтому 3 больным пришлось произвести реостеосинтезы. Воспаление мягких тканей вокруг спиц встретилось у 6 человек, которое купировалось после локальной антибиотикотерапии.

Таким образом, анализ результатов лечения переломов костей в условиях синдрома длительного сдавления позволяет нам сделать вывод, о высоких лечебно-реабилитационных возможностях чрезкостного остеосинтеза по Илизарову, позволившего добиться положительных результатов лечения у всех больных. Низкий процент осложнений, повлиявших только на сроки лечения, а также то обстоятельство, что в условиях массового поступления больных с тяжелыми повреждениями опорно-двигательного аппарата нами не было произведено ни одной ампутации конечностей говорят о целесообразности выбранной нами тактики лечения.