

### В. Ф. Алтунин (Казань). Лечение больных с множественными переломами

За последние 10 лет в отделение травматологии госпитализировано 574 пострадавших с множественными переломами. Мужчин было 62,5%, женщин — 37,5%. Преобладали больные в возрасте от 21 года до 60 лет (73,6%). Сроки поступления пострадавших в стационар колебались от 15 минут до 6 ч с момента травмы (81%).

Шок наблюдался у 20,8% пострадавших. При выявлении признаков шока срочно начинали противошоковое лечение. Грозным осложнением множественных переломов являлась жировая эмболия (у 3,7% больных), а также нарушения дыхания, особенно часто наблюдающиеся при так называемых «клапанных» переломах ребер. Основным видом лечебного пособия подобным больным являются новокаиновые блокады (вагосимпатическая, паравертебральная, межреберная, местная и др.).

Нами предложен особый вид блокады при множественных переломах ребер, дающий длительный обезболивающий эффект. Он заключается в подкожном проведении катетера (дренажной трубки) над местами переломов ребер и постоянном нагнетании анестетика с созданием его депо в области межреберий.

Если при обследовании пострадавшего в условиях экстренного приема возникает подозрение на повреждение органов брюшной или грудной полостей, производится лапароцентез с применением «шарящего» катетера или диагностическая пункция плевральной полости. У лиц, находившихся в бессознательном состоянии, эти манипуляции осуществляются в обязательном порядке.

По выведению больного из тяжелого состояния и стабилизации гемодинамических показателей в первую очередь производили вправление вывихов и обработку открытых переломов. При обработке открытых переломов для профилактики инфекции вводили противостолбнячную сыворотку и анатоксин, противогангренозную сыворотку, стафилококковый анатоксин. Хирургическая обработка ран сопровождалась обильным промыванием их растворами антисептиков, вакуумированием и активным дренированием (чаще всего по Каншину). Производилось обкалывание раны растворами антибиотиков (по 1 000 000 ЕД пенициллина и стрептомицина) и раствором 0,75% метилурацила (не менее 20 мл). Нередко (в 45% случаев) в конце хирургической обработки открытых переломов вводили антибиотики внутрикостно. Обязательно делали посев микрофлоры ран до и после хирургической обработки. Первичная хирургическая обработка чаще всего заканчивалась гипсовой иммобилизацией (29,7%), наложением скелетного вытяжения (33,1%), диафиксацией отломков спицами Киришнера (6,1%) или интрамедуллярным остеосинтезом (2,4%). В последние годы чаще стали применять компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова, в частности этапное наложение этого аппарата: проводят 2 параллельные спицы через проксимальный и дистальный отломки, которые укрепляют в полукольцах (кольцах) аппарата Илизарова, и при необходимости осуществляют репозицию, дистракцию или компрессию. Иногда может потребоваться дополнительная компрессия гипсовой лонгетой. В дальнейшем, по выходе больного из тяжелого состояния, в стационаре проводят дополнительные спицы и делают полный монтаж аппарата с необходимой коррекцией остаточного смещения отломков. Эта методика особенно показана у больных с тяжелыми повреждениями, у которых имеются открытые оскольчатые или косые переломы. Она была применена у 21 больного и вполне себя оправдала.

При закрытых множественных переломах мы стремимся к одномоментному лечению, так как при этом быстрее нормализуется состояние тканей в области повреждений, предупреждается развитие осложнений. Его легче осуществить при консервативных мероприятиях. Мы применяли консервативное лечение (вправление вывихов, одномоментная репозиция, скелетное вытяжение, гипсовая повязка) в 2 раза чаще, чем оперативное.

Показания к оперативному лечению обычно ставили в ближайшие 10—14 дней после травмы (срок, необходимый для дополнительного клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния основных систем организма). Оперативному лечению подвергнуто 31,8% пострадавших. Наиболее часто применялась фиксация спицами с упорами на аппарате Илизарова оскольчатых Т- и V-образных переломов дистального эпиметафиза плечевой кости, мышечков бедренной и большеберцовой костей, интрамедуллярный остеосинтез бедра, наkostный остеосинтез бедра, голени, костей предплечья, фиксация позвоночника стяжкой, сконструированной в нашем институте.

Вопрос о лечении множественных переломов у пожилых лиц, у больных, страдающих хроническим алкоголизмом или психическими заболеваниями, обычно решался в пользу операции, так как в этом случае больные оставались мобильными, облегчался уход за ними, исключалось развитие таких осложнений, как застойная пневмония, пролежни и т. д.

Отдаленные результаты изучены у 321 пострадавшего в сроки от 8 мес до 5 лет. Анатомические и функциональные показатели оценивали на основании клинического и рентгенологического исследований. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 85% больных.