



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 17

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ОТКРИТИ СЧУПВАНИЯ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

ОТКРИТИ ФРАКТУРИ /FRACTURA APERTA/

Открити са тези фрактури, при които има комуникация на счупените кости с околната атмосфера. Представяват 3% от всички фрактури. Две са основните разлики със закритите фрактури: бактериалната контаминация и значително нарушеното кръвоснабдяване в областта, водещо до рискове от некроза на костта и меките тъкани, забавено срастване, несрастване и инфекции. Откритите фрактури са следствие на високоенергийни травми. В практиката се прилага класификацията на Gustilio-Anderson:

I Степен: Рана с дължина до 1 см. Увредата е по механизма „отвътре – навън”. Слабо замърсена рана.

II Степен: Рана с дължина от 1 см. до 10 см. Увредата е по механизма „отвън – навътре”. Умерено замърсена рана.

III Степен: Рана с дължина над 10 см. Увредата е по механизма „отвън – навътре”. Силно замърсена рана, съпроводена с обширно размачкване и девитализиране на кожа, мускули, периост, съдово-нервни структури.

IIIA Мекотъканното покритие на костта е възможно;

IIIB Мекотъканното покритие на костта не е възможно;

IIIC Открита фрактура със съдова травма, изискваща съдова реконструкция.

Тази класификация е относителна, тъй като големината на кожната рана не винаги съответства на мекотъканната травма в дълбочина.

Лечение. При пациент с открита фрактура се започва с корекция и контрол на основните жизнени функции съгласно ABC схемата. На мястото на инцидента не се правят опити за наместване на фрактурата (поради риск от контаминация в дълбочина), а само се поставя стерилна превръзка и крайника се шинира с обхващане на двете съседни стави. Компресивната превръзка обикновено е достатъчна за контрол на хеморагията. При обилно кървене се поставя есмарх проксимално от увредата, блокиращ артериалния приток на кръв (блокирането само на повърхностните венозни съдове увеличава кървенето). Задължително се оценява неврологичния статус и циркулацията дистално от увредата. Активно се търси отпадна сетивна и двигателна симптоматика. За кръвоснабдяването се съди по цвета и температурата на кожата, периферния пулс и изпълването на вените.

Следващият етап е извършването на иригация, дебридман и стабилизация на фрактурата в операционна зала. Иригацията (лаваж) се осъществява посредством обилно промиване на раната със стерилни разтвори. Костният и мекотъканният дебридман целят премахване на всички нежизнеспособни тъкани както и намаляване на бактериалната популация. Обичайно раната се оставя отворена. При нужда се извършва периодичен дебридман в операционната зала. Затварянето на раната се извършва при липса на локални и общи белези за инфекция. При нужда се извършва пластично възстановяване на меките тъкани. Стабилизацията на фрактурата най-често се извършва посредством външен фиксатор, които в последствие, при данни за липсваща инфекция, се конвертира във някои от методите за вътрешна фиксация. При слабо замърсени открити фрактури от първа и втора степен след щателен лаваж и дебридман първично може да се извърши вътрешна фиксация съобразно принципите за остеосинтеза. Антибиотиците при открити фрактури са бактерицидни, прилагат се в терапевтични дози максимално рано и задължително парентерално. Ранната, активна и неболезнена рехабилитация е необходима за предотвратяването на контрактурите.