Es geht darum, die besten Verfahren auszuwählen, welche im Rahmen der Erstversorgung größte Hilfe bei kleinem Einsatz versprechen, andererseits aber für Sekundäreingriffe alle Möglichkeiten im Hinblick auf ein gutes Endergebnis offen lassen oder schaffen.

Anhand von Dias werden praktische Beispiele für die häufigsten Situationen gezeigt.

23. Ist die Frühosteosynthese bei Mehrfachverletzungen zu rechtfertigen?

A. BLÖMER*, P. ECKERT und U. KÖHNE-Bonn

Is Early Osteosynthesis in Multiple Injuries Justified ?

Summary. Based on a material of 304 patients with multiple injuries, treated at the Surgical University Clinic, Bonn, during the period 1966–1970, an increasing tendency towards immediate osteosynthesis is demonstrated. It is performed, when possible, in fractures with vessel and nerve lesions, closed and open fractures of femur and tibia in patients over 60, closed fractures at any age if they cannot be satisfactorily treated conservatively or cannot be operated on at a later time, in all open fractures in the region of joints and the tibia; in other long bones only with soft tissue injuries of the 2nd and 3rd degree. We regard the following contraindications as decisive for our procedure: lack of volume, shock in the first 3 h after the accident even if relieved, anuria or progressive shock and persistent hypotensive phases, because in our experience the danger of fat embolism is particularly great in persistent hypotension. A relative indication for early osteosynthesis arises if after relief of shock due to lack of volume the circulation has remained stable for at least 2 h without any significant substitution. In operative treatment of haemorrhage in the cranial, thoracic or abdominal cavity we perform, if possible, any urgently necessary osteosynthesis either simultaneously or immediately afterwards.

Zusammenfassung. Anhand des Krankengutes von 304 polytraumatisierten Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn in den Jahren 1966–1970 wird eine zunehmende Tendenz zur sofortigen Osteosynthese nachgewiesen. Sie wird nach Möglichkeit durchgeführt bei Frakturen mit Gefäß- und Nervenläsionen, geschlossenen und offenen Frakturen von Femur und Tibia ab 60. Lebensjahr, geschlossenen Frakturen jeden Lebensalters, die konservativ nicht befriedigend zu behandeln oder zu einem späteren Zeitpunkt nicht operationsfähig sind, bei allen offenen Frakturen im Bereich von Gelenken und der Tibia. Bei sonstigen Röhrenknochen nur bei Weichteilschädigungen 2. und 3. Grades.

Als entscheidend für unser Vorgehen werden folgende Kontraindikationen angesehen: Volumenmangel, Schock in den ersten 3 Std nach Unfall, auch wenn der Schockzustand früher behoben ist, Anurie oder progressiver Schock und länger bestehende hypotone Phasen, da nach unseren Erfahrungen bei länger bestehender Hypotonie die Gefahr der Fettembolie besonders groß ist.

Eine relative Indikation zur Frühosteosynthese ergibt sich, wenn nach Behebung des Volumenmangelschocks der Kreislauf für mindestens 2 Std ohne nennenswerte Substitution stabil ist. Bei einer operativen Versorgung von Blutungen der Schädel-, Thorax- oder Abdominalhöhle führen wir nach Möglichkeit gleichzeitig oder unmittelbar anschließend dringend notwendige Osteosynthesen durch.