



УДК 616.718.19.-001-089.84

Л. М. Анкін, Я. Л. Заруцький, М. Л. Анкін, В. В. Бурлука

СТАБІЛІЗАЦІЯ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ — НАДІЙНИЙ МЕТОД ПРИПИНЕННЯ ВНУТРІШНЬОТАЗОВОЇ КРОВОТЕЧІ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Українська військово-медична академія,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ

Ушкодження тазового кільця через своє значення та анатомічні особливості є однією із складних і актуальних проблем травматології і однією з основних причин високої летальності й інвалідності. За даними М. Muller, М. Allgower, R. Schneider, Н. Willenegger [6], Н. Rieger [7], рівень летальності внаслідок тяжких ушкоджень таза коливається від 10 до 18 %, причому в 4 % випадків причиною її є внутрішня кровотеча.

Травми таза небезпечні у гострому періоді в зв'язку з можливістю профузної кровотечі, ушкодження внутрішніх органів, а у віддаленому терміні — через глибоку інвалідність, що у структурі інвалідності від травм опорно-рухового апарату сягає 2–3 % [1–5; 8; 9]. Високий відсоток невдач пов'язаний з недостатнім упровадженням у практику сучасної системи методів хірургічного лікування ушкоджень тазового кільця. У зв'язку з актуальністю і складністю проблеми мета цього дослідження — познайомити фахівців з тактикою і методами лікування пацієнтів з поєднаними ушкодженнями таза, які застосовуються у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 1990–2003 рр. прооперовано 70 хворих із вертикально-нестабільними ушкодженнями таза. До вертикально-нестабільних ушкоджень зараховували:

- розриви симфізу і крижово-клубових зчленувань;
- розриви симфізу і довгі переломи клубових кісток;
- розрив симфізу і перелом крижів;
- перелом переднього відділу таза і розриви крижово-клубового зчленування (Мальгеня);
- перелом переднього відділу тазового кільця і перелом крижів через отвори чи його латеральну частину.

Головною причиною смерті при тяжких поєднаних травмах таза є гіповолемічний шок, у зв'язку з чим усім потерпілим з метою припинення масивної внутрішньотазової кровотечі виконували невідкладну стабілізацію таза апаратом зовнішньої фіксації чи фіксацію тазовими щипцями. У 41 хворого стабілізація тазового кільця апаратом зовнішньої фіксації була остаточним методом лікування, у 29 хворих через 5–10 днів після травми, після нормалізації вітальних функцій було виконано внутрішній остеосинтез таза пластинами.

Для стабілізації таза і припинення ретроперитонеальної кровотечі із судин крижово-клубового зчленування застосовували розроблені нами апарат зовнішньої фіксації і тазові щипці. Пристрої за своєю концепцією належать до невідкладних засобів боротьби із шоком у «шоковому просторі» — їх накладали в протишоквої палаті, на рентгенівському або операційному столі.

Стабілізація таза апаратом або щипцями збільшувала шанси пацієнта на виживання і була надійним способом припинення кровотечі, вона також полегшувала догляд за хворим. Спосіб має мінімальний ступінь ризику і може бути застосований без великих витрат за короткий час під місцевою анестезією.

У 29 хворих апарат зовнішньої фіксації або тазові щипці з метою анатомічної репозиції та ранньої мобілізації замінили пластинами. У 13 пацієнтів пластинами фіксували тільки вентральний відділ таза, у 16 — вентральний і дорзальний відділи. Остеосинтез вентрального відділу однією або двома пластинами виконували при вертикально-нестабільних ушкодженнях таза, коли не було можливості виконати остеосинтез дорзального сектора тазового кільця.



Внутрішній остеосинтез вентрального і дорзального відділів тазового кільця виконаний 16 хворим. У більшості хворих під час операції було досягнуто анатомічної репозиції і стабільної фіксації таза, що дало можливість виключити застосування іммобілізації, рано активізувати хворих і швидко виписати їх зі стаціонару.

Післяопераційне лікування проводили залежно від типу ушкодження і міцності фіксації. При вертикально-нестабільних ушкодженнях тазового кільця міцність фіксації дорзального відділу таза стрижневим апаратом недостатня, у зв'язку з чим у 41 хворого додатково протягом 6 тиж застосовували скелетне витягнення. Через 6 тиж після остеосинтезу апарат знімали і виконували поетапну реабілітацію. Повне навантаження дозволяли через 3–4 міс після остеосинтезу.

При стабілізації дорзального відділу тазового кільця пластинами мобілізацію хворих у ліжку дозволяли через 2 тиж, ходіння на милицях — через 4 тиж, без милиць — через 3 міс.

Летальність пацієнтів при первинній стабілізації таза в день госпіталізації становила 6 %, тимчасом як летальність у неоперованих хворих — 52 %.

При оперативному лікуванні недостатня репозиція зареєстрована у 10 % хворих, неврологічні розлади — у 6 %, нагноєння рани — у 1,2 %. Результати лікування вивчені у 39 хворих з вертикально-нестабільними ушкодженнями таза через 12–18 міс після травми під час повторної госпіталізації і видалення імплантатів. Оцінка результатів здійснювалася з урахуванням здатності сидіти, ходити, наявності укорочення кінцівки, визначення обсягу рухів у тазостегнових суглобах, наявності болів у крижово-клу-

бовому зчленуванні, дизуричних розладів. Хороші результати отримано у 84,7 %, задовільні — у 10,2 %, погані — у 5,1 % пацієнтів.

Впровадження в практику методів остеосинтезу дало можливість скоротити летальність і середній ліжко-день, поліпшити зіставлення відломків, зменшити кількість неврологічних ускладнень та ускладнень, пов'язаних із тривалим ліжковим режимом.

Висновки

1. Лікування вертикально-нестабільних ушкоджень тазового кільця, що супроводжуються масивною крововтратою, варто проводити за життєвими показниками в межах «золотої години шоку». Для стабілізації вентрального відділу таза можна застосовувати стрижневий апарат, для фіксації дорзального відділу таза і припинення ретроперитонеальної кровотечі — тазові щипці, що не перешкоджає лапаротомії й операціям на кінцівках, полегшує догляд за хворими і дає можливість активізувати хворого з метою лікування ушкоджень грудей, живота.

2. При лікуванні нестабільних ушкоджень таза оптимальною є концепція первинного зовнішнього, вторинного внутрішнього остеосинтезу, що полягає у невідкладному накладанні апарату зовнішньої фіксації або фіксації тазовими щипцями і виконанні внутрішнього остеосинтезу після стабілізації вітальних функцій через 5–7 днів після травми.

3. При вертикально-нестабільних ушкодженнях таза зі зміщенням у відстроченому порядку доцільно виконувати надкiстковий остеосинтез дорзального і вентрального відділів. Стабільна фіксація вентрального і дорзального відділів дає можливість рано активізу-

вати хворих, скоротити загальний термін лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Одынский Б.* Повреждения тазового кольца. Теоретико-клиническое исследование с позиции системного подхода. — Варшава; Ост-воцк; Харьков, 2002. — С. 236.
2. *Соколов В. А., Щеткин В. А.* Оперативное лечение разрывов лобкового симфиза и крестцово-подвздошного сочленения при множественной и сочетанной травме // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2002. — № 2. — С. 3-8.
3. *Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших* / В. Шаповалов, Е. К. Гуманенко, А. К. Дулаев и др. — СПб., 2000. — 239 с.
4. *Dolati B.* Becken und Acetabulum. — Stuttgart: Georg Thitme Verlag, 1993. — 160 p.
5. *Henderson R.* The long-term results of nonoperatively treated major pelvic disruption // J. Orthop. Trauma. — 1989. — Vol. 3, N 1. — P. 41-47.
6. *Manual of internal Fixation* / M. Muller, M. Allgower, R. Schneider, H. Willenegger. — Springer Verlag. Berlin — New-Jork — Heidelberg, 1990. — 750 p.
7. *Rieger H.* Das instabile Becken. — W. Zuckschwerdt Verlag. — Munchen; Bern; New-York, 1996. — 236 p.
8. *Tsherne H., Pohlemann T.* Becken und Acetabulum. — Springer - Veriag, 1998. — 498 p.
9. *Tile M.* Fracture of the Pelvis. Schatzker R. Tile M. The Rationale of operative Fracture Care. — Springer-Veriag, 1987. — 432 p.

