

6. Теодоридис К.А. Медико-социальные аспекты дорожных транспортных несчастных случаев в России: Автореферат докторской диссертации. М. 2001. 58 с.

7. Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С. Динамика основных показателей временной утраты трудоспособности при травмах и болезнях костно-мышечной системы у населения Ленинграда – Санкт – Петербурга (итоги тридцатилетнего мониторинга, проведенного с 1976 по 2008 г.). // Травматология и ортопедия России, № 3(53), 2009, С. 70-77.

8. Шевцов В.И. Состояние ортопедо - травматологической помощи в Уральском федеральном округе // Материалы первого съезда травматологов – ортопедов уральского федерального округа. Екатеринбург. 1-3 июня, 2005. С 26 – 28.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДИКАМИ

Ю.В. Антониади, В.А. Крылов

Центральная городская клиническая больница № 24

Актуальность. Лечение переломов костей таза является актуальной проблемой травматологии. Переломы костей таза встречаются в 7—10% случаев закрытой травмы с переломами костей, а в 15-30,7% тяжелые переломы таза сочетаются с повреждениями органов брюшной полости и малого таза. Наиболее часто причиной переломов таза являются высокоэнергетические травмы, связанные с наездом автомобиля на пешехода, со сдавлением таза, падением с большой высоты. Так, по данным М.С. Klein (1992) [3] 50% больных получили переломы таза в результате автоаварий, а 26% — были сбиты автомашинами. Г. Н. Цыбуляк (1994) [2] в качестве одной из причин тяжелых переломов таза называет сдавление таза при обвалах в горнодобывающей промышленности. Летальность вследствие тяжелых повреждений составляет 10 – 18 %, причем в 4 % причиной летальности является внутреннее кровотечение, инвалидность при травме таза составляет 25 – 65,7 %, а неудовлетворительные результаты лечения достигают 20 – 74 %.

Наряду с методами консервативного, значительное распространение получили методики хирургического лечения переломов костей таза. Показаниями для них как правило служат нестабильные повреждения тазового кольца (тип В и тип С, согласно классификации М. Tite, 1987 [2]). Среди методик оперативного лечения пациентов с повреждениями

тазового кольца наибольшее распространение получили внеочаговый и внутренний остеосинтезы.

Если внеочаговый остеосинтез используется аппаратами внешней фиксации (АФН), как правило, в остром периоде травмы в качестве первичной стабилизации тазового кольца, то внутренняя фиксация является окончательным этапом, выполняемым для устранения остаточных смещений и окончательной надежной фиксации фрагментов тазовых костей, значительно облегчает уход за больными с политравмой. Комбинированный метод лечения (К.К. Стэльмах, 2005) [1] включает в себя внеочаговый остеосинтез таза АНФ и внутренний остеосинтез фиксирующими пластинами.

В настоящее время, в связи с постоянным стремлением к снижению травматичности вмешательств, все большую популярность среди травматологов-ортопедов приобретают малоинвазивные методики внутреннего остеосинтеза тазового кольца. Целью данной работы явился анализ первого опыта использования малотравматичных методик внутреннего остеосинтеза тазовых костей в условиях МБУ ЦГКБ №24.

Материал исследования составили 7 клинических случаев – больных, поступивших с множественными и сочетанными повреждениями, поступившими в травматологическое отделение №2 МБУ ЦГКБ №24 г. Екатеринбурга. Использовались клинический, рентгенологический и статистический методы.

Обсуждение и результаты. Все пациенты были прооперированы по поводу переломов тазового кольца в ноябре 2011 - марте 2012 гг. с использованием малоинвазивных методик. Окончательный остеосинтез винтами переломов горизонтальной ветви лонной кости, переломов передней колонны вертлужной впадины был выполнен на 10-17 сутки после травмы после стабилизации общего состояния больных. Предоперационная подготовка больных соответствовала общепринятой хирургической практике (клинико-лабораторное, функциональное обследование). Анестезиологическое пособие выбиралось с учетом возраста, соматического состояния пациента, предполагаемой длительности операций, локализации оперируемых сегментов. В пяти случаях – эндотрахеальный наркоз, в двух - спино-мозговая анестезия.

Техника вмешательства заключалась в следующем: после обработки операционного поля раствором антисептика, через проколы кожи, посредством введения шила в горизонтальную ветвь лонной кости и манипуляции им, под контролем ЭОП достигалась репозиция отломков, далее проводилась провизорная фиксация спицами, после чего выполнялась окончательная фиксация – через прокол кожи вводились спонгиозные (канюлированные) винты диаметром 6,5 мм.

В послеоперационном периоде больные активизировались, занимались ЛФК, рекомендовалась дозированная, равномерная нагрузка на ноги, осложнений не было. Сроки пребывания в стационаре составили 31-39 суток и были обусловлены наличием других повреждений скелета и внутренних органов.

Клинический пример

Больная А. 1960 г.р. поступила в клинику с Диагнозом: перелом боковой массы крестца справа, обеих ветвей левой лонной кости, внебрюшинный разрыв мочевого пузыря, открытый III В по Каплану – Марковой сегментарный перелом костей левой голени. Шок II. Травму получила в результате дорожного происшествия. При поступлении в клинику больная обследована, уложена на скелетное вытяжение. После ушивания разрыва мочевого пузыря, лечения в условиях реанимационного отделения и стабилизации показателей гемодинамики выполнен малоинвазивный остеосинтез переломов таза винтами (Рис. 2). Результат лечения хороший, активизирована на 2 сутки после остеосинтеза, на 21 сутки после травмы выписана домой в удовлетворительном состоянии.

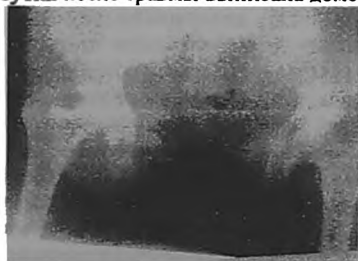


Рис. 1. Рентгенограмма таза пациентки А., в прямой проекции при поступлении. Определяются: перелом боковой массы крестца справа, обеих ветвей левой лонной кости.



Рис. 2. Рентгенограммы таза пациентки А., при поступлении в прямой проекции и в 30° проекции. Выполнен остеосинтез винтами перелома боковой массы крестца справа, обеих ветвей левой лонной кости.

Заключение

Таким образом, использование малоинвазивной методики остеосинтеза позволило избежать травматичных доступов в области таза, интраоперационной кровопотери, значительно сократить время операции. Данный вид остеосинтеза «комфортабелен» для пациента в психоэмоциональном плане. Малоинвазивный остеосинтез тазовых костей винтами особенно показан при тяжелой множественной и сочетанной травме, так как позволяет стабилизировать тазовое кольцо в ранние сроки после травмы и существенно повысить мобильность пациентов.

Литература

1. Стэльмах К.К. Хирургические технологии и устройства в лечении повреждений переднего полукольца таза / К.К.Стэльмах, А.И.Реутов // Высокие технологии в травматологии и ортопедии: организация, диагностика, лечение, реабилитация, образование: материалы Первого съезда травматологов-ортопедов Уральского федерального округа, Екатеринбург, 1-3 июня 2005 г. - Екатеринбург: Издат.дом «Автограф», 2005. - С.118.
2. Цибуляк В.Н., Цибуляк Г.Н. Травма, боль, анестезия. - М.: Медицина. -1994. - 224с.
3. Klein M.C., Gauthier R.C., Jorgensen S.H. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? On-Line J Curt Clin Trials. 1992; July 1 1992 (Doc 10).
4. Tile M., Helfet D.L., Kellam J. Fractures of the Pelvis and Acetabulum; 3rd ed. – Philadelphia : Lip-pincott Williams & Wilkins, 2003. – 830 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

*Ю.В. Антониади¹, Е.А. Волокитина², Ф.Н. Зверев¹,
ДЛ. Жиряков¹, Е.В. Помогаева²*

*Центральная городская клиническая больница № 24¹,
Уральская государственная медицинская академия²*

Введение. Актуальность проблемы лечения переломов проксимального отдела бедра у больных пожилого возраста обусловлена высокими показателями летальности при таких повреждениях, достигающей 40-80%, если больной не был активизирован в раннем периоде после травмы и оставлен на длительное пребывание в лежачем положении при