

© Группа авторов, 2001

## ***Наш опыт оперативного лечения сочетанных повреждений костей таза аппаратами внешней фиксации***

**В.Д. Шатохин, Г.П. Котельников, О.Н. Проценко**

## ***Our experience of surgical treatment of combined injuries of pelvic bones using external fixators***

**V.D. Shatokhin, G.P. Kotelnikov, O.N. Protsenko**

Городская больница № 4, г. Тольятти

---

В работе описана методика чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову и дана тактико-техническая схема оперативного лечения пострадавших с сочетанной травмой таза. Описаны особенности ведения данной категории больных. Приведен результат симультанных операций, выполненных у 8 пострадавших с сочетанной травмой таза. Дан анализ исходов лечения.

Ключевые слова: таз, чрескостный остеосинтез, симультанные операции.

The technique of transosseous osteosynthesis according to G.A. Ilizarov is described in the work and tactic-technical scheme of surgical treatment of patients with combined pelvic trauma is presented as well. Characteristic details of management of such patients are described. The result of simultaneous surgeries, performed in 8 victims with combined pelvic trauma, is reported. Outcomes of treatment are analyzed.

Keywords: pelvis, transosseous osteosynthesis, simultaneous surgeries.

---

Сочетанная травма костей таза в силу своей тяжести, высокой летальности продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем практической травматологии. Отчетливо прослеживается тенденция к увеличению удельного веса множественных (17,7%) и сочетанных (35,3%) травм таза.

Тяжелые повреждения таза, сопутствующие множественные переломы костей конечностей сопровождается упорным характером кровотечений. Их массивность заставляет рассматривать эти повреждения как потенциально смертельные, поскольку остановить кровотечение не всегда удается [4, 9]. Установлено, что потеря крови в забрюшинное пространство может достигать до трех литров и более, нередко имеет профузный характер и продолжается несколько дней [3, 8].

Вопросы хирургической тактики при данных травмах изучены недостаточно и решаются неоднозначно [6].

Существующие сегодня возможности стабильного остеосинтеза в сочетании с достижениями анестезиологии, противошоковой и антибиотикотерапии значительно повышают роль активного хирургического лечения пострадавших с сочетанными повреждениями костей таза. Если преимущество оперативного лечения множественных переломов в настоящее время признается большинством хирургов, то в отношении сроков оперативного вмешательства и

последовательности мнения специалистов существенно разнятся. Одни авторы считают, что в первую очередь все усилия необходимо направить на борьбу с шоком, кровопотерей, острой дыхательной недостаточностью, острыми расстройствами функции головного мозга, а выполнение остеосинтеза откладывается на второй план и осуществляется в несколько этапов. В связи с этим у данной категории пострадавших наиболее остро встают ортопедические проблемы в постреанимационном периоде. В результате общего истощения, гнойных осложнений, длительной адинамии больные приобретают стойкие признаки инвалидности со стороны опорно-двигательного аппарата. Лечение таких больных длительное и дорогостоящее. В то же время ранний одномоментный остеосинтез нескольких травматических очагов предупреждает шок, жировую эмболию, уменьшает количество осложнений, облегчает уход за больным, позволяет применять ГБО-терапию и физиолечение, что ведет к более благоприятным исходам, чем при традиционных методах лечения [1, 2, 5, 7].

В основу работы положен анализ результатов лечения 76 пострадавших с переломами костей таза, находившихся на лечении в ГБ № 4 города Тольятти. Сочетанная травма таза отмечалась в 76,3%. Из них сопутствующая скелетная травма в 50,3% случаев. Тактико-

техническая схема оперативного лечения в каждом конкретном случае строилась в зависимости от тяжести состояния пострадавших и характера структурных нарушений. После стабилизации общего состояния больного хирургическая коррекция травматических очагов в 8 случаях выполнялась двумя хирургическими бригадами одновременно. Чрескостный остеосинтез костей таза осуществлялся аппаратом внешней фиксации нашей конструкции (положительное решение ФИПС о выдаче патента от 26.12.2000). Наряду с фиксацией костей таза выполнялся чрескостный остеосинтез костей бедра (9,7%), чрескостный остеосинтез костей голени (9,7%), металлоостеосинтез ключицы (3,2%), металлоостеосинтез лодыжек (3,2%).

Таблица 1.

Распределение больных по характеру сопутствующих операций

ОПЕРАЦИИ	%
Чрескостный остеосинтез бедра	9,7
Чрескостный остеосинтез голени	9,7
Остеосинтез ключицы	3,2
Остеосинтез лодыжек	3,2
ИТОГО:	25,8

Во всех случаях проведения симультанных операций в послеоперационном периоде мы не имели осложнений благодаря ранней активизации пострадавших (5-7 сутки), проведению комплекса лечебной физкультуры, применению кислородотерапии. Всем больным сняты аппараты и удалены металлоконструкции. Достигнут хороший анатомо-функциональный результат. Больные вернулись к прежнему физическому труду без ограничений.

Данное наблюдение свидетельствует о высокой эффективности применения чрескостного остеосинтеза в комплексе одномоментного оказания помощи больным с сочетанной травмой

таза, что позволяет быстро активизировать пострадавших в послеоперационном периоде, транспортировать их при необходимости в другие лечебные учреждения, сократить число осложнений, уменьшить количество дней нетрудоспособности, улучшить результаты лечения.

Клиническое наблюдение: больной Ш., 37 лет, история болезни 2016/336, получил травму в дорожно-транспортном происшествии 20.03.99, доставлен в Центральную районную больницу города Октябрьска. После оказания помощи и стабилизации состояния переведен в отделение травматологии ГБ № 4 города Тольятти 25.03.99. При поступлении: состояние больного тяжелое, АД 100/60 мм.рт.ст., ЧСС – 110 уд./мин. Кожные покровы бледные, холодные при пальпации. ЧДД 25 в мин. Проведены мероприятия интенсивной терапии, включающие гемотрансфузию, переливание кровезаменителей. Проведено полное обследование больного. Выявлены: закрытый перелом лонных костей со смещением отломков, закрытый перелом седалищной кости слева, крыльев подвздошных костей слева и справа, разрыв левого крестцово-подвздошного сочленения с вертикально ротационным смещением половины таза, закрытый перелом обеих костей правой голени со смещением отломков, закрытый перелом 5-го ребра, пневмоторакс, ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. После проведения комплексной предоперационной подготовки больной взят в операционную 30.03.99. Выполнен чрескостный остеосинтез костей таза и голени одномоментно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной активизирован на 5-е сутки. Срок фиксации составил 12 недель. Аппараты сняты с голени и таза с хорошим анатомо-функциональным результатом. Больной вернулся к труду, связанному с тяжелой физической нагрузкой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лапшин В.Б. Лечение больных с переломами костей таза аппаратами наружной фиксации на основе стержней: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1991. - 20 с.
2. Ленцнер А.А. Внешняя фиксация переломов костей таза // Травматология и ортопедия России. - 1995. - №3. - С. 3-5.
3. Трещев В.С., Родкин С.А. К клинической оценке генеза и распространения внутритканевых кровоизлияний при переломах костей таза. - Самара, 1994. - С. 174-175.
4. Pelvic fracture hemorrhage Priorities in management / B.M. Evers, H.M. Cryer, F.B. Miller et. al. // Arch. Surg. - 1989. - Vol. 124, N 4. - P. 422-424.
5. Definitive control of mortality from severe pelvis fracture / L. Flint, G. Babikian, U. Anders et. al. // Ann. Surg. - 1990. - Vol. 211, N6. - P. 703-706.
6. Head Injuries coexistent with pelvis or lower extremity fractures- early or delayed osteosynthesis / Z. Kotwica, L. Balcewicz, Z. Jagodzinski et al. // Acta Neurochir. - 1990. - Vol. 102, N 1-2. - P. 19-21.
7. Improved outcome with early fixation of skeletally unstable pelvis fractures / B.A. Latenser, L.M. Gentilella, A.A. Tarver et al. // J. Trauma. - 1991. - Vol. 31, N 1. - P. 28-31.
8. Pelvic fracture from major blunt trauma. Outcome is determined by associated injuries / G.V. Poole, E.F. Ward, F.F. Muakkassa et al. // Ann. Surg. - 1991. - Vol. 213, N6. - P. 532-538.
9. Major vascular injuries secondary to pelvic fractures: an unsolved clinical problem / D. Rothenberger, R.P. Fischer, J.F. Perry et al. // Am. J. Surg. - 1978. - Vol. 136, N 6. - P. 660-662.

Рукопись поступила 13.03.01.