

УДК 616.13/14-001-089

© Колектив авторів , 2011.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ТАЗУ

**В.Т. Сенник, Д.В. Лось, В.І. Медзин, Є.Р. Сніжинський**

*Військово - медичний клінічний центр Західного регіону, Львів, Україна.*

### THE MULTIPLE PELVIC INJURY MANAGEMENT (THE MEDICAL CASE)

**V. Sennik, D. Los, V. Medzyn, E. Snizhinskiy**

#### SUMMARY

The management case of patient with unstable bilateral sacroiliac joints, symphysis disruptions, left ischium fracture (type C2) and rectum, urine bladder, left lower extremity soft tissue injuries was studied. The internal screw fixation of sacroiliac joints together with external pin frame iliac fixation was used. Stability of pelvic ring was achieved and made possible early rehabilitation and cause good functional results.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТАЗА

**В.Т. Сенник, Д.В. Лось, В.И. Медзин, Є.Р. Сніжинський**

#### РЕЗЮМЕ

Проанализирован случай лечения пациента с поврежденными обеих крестцово-подвздошних сочленений, лобкового симфиза, переломом левой седалищной кости с вертикальной нестабильностью таза, сочетанными с разрывами прямой кишки, мочевого пузыря, мягких тканей левого бедра. Погружной остеосинтез крестцово-подвздошних сочленений винтами в сочетании с внеочаговым остеосинтезом стержневым аппаратом позволил раннюю активизацию пациента для реабилитации и привел к хорошим функциональным результатам.

**Ключові слова:** поєднана травма, пошкодження тазового кільця, остеосинтез.

В структурі пошкоджень протягом останніх років відмічається зростання питомої ваги множинної і поєднаної травми. Пошкодження кісток тазу при поєднаній травмі спостерігаються в 10-40% випадків, з них вертикально нестабільні пошкодження тазового кільця (тип С) складають 24-25% [1, 2, 4, 6], супроводжуються шоком у 30-58,9% [7], тяжкою крововтратою, високою частотою виникнення тяжких ускладнень (90%) та летальністю (86%) [4]. У 8-15% травма тазу поєднана з пошкодженнями сечовидільних органів [5, 6, 9], в 2,5% прямої кишки [5], в 25% з компресійними переломами хребта, в 9-32% - нервових стовбурів. Активне лікування пошкоджень внутрішніх органів часто відтермінує оперативне лікування нестабільності тазового кільця, що в кінцевому результаті призводить до негативних анатомічних і функціональних результатів у вигляді порушення ходи і функції тазових органів.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Клінічне спостереження. Хворий Г., 28 років, 3.12.10р. отримав травму внаслідок притиснення транспортним засобом до стіни гаража. Через годину після травми доставлений швидкою допомогою у реанімаційне відділення районної лікарні.

Діагноз: Важка поєднана травма живота, тазу, лівої нижньої кінцівки: тупа травма тазу, пошкодження обох крижово-клубових з'єднань, лобкового симфізу зі значним зміщенням кісток та вертикальною не-

стабільністю тазу (тип С2), закритий перелом лівої сідничної кістки без зміщення уламків. Травматичне пошкодження ампули прямої кишки із руйнуванням сфінктерів, пошкодження м'язів тазового дна; відрив сечового міхура від уретри; рвана рана внутрішньої поверхні лівого стегна зі значним розміщенням тканин 8x10 см. Масивна внутрішня і зовнішня кровотеча. Травматичний шок III ступеня.

При поступленні стан вкрай тяжкий. В районній лікарні виконано реанімаційні заходи, оперативні втручання першого порядку: серединна лапаротомія, виведення дводульної трансверзостоми, дренивання черевної порожнини, епіцистостомія, шинування уретри У-подібним дренажем, катетеризації сечового міхура, дренивання паравезикального простору, зашивання і фіксація прямої кишки, первинна хірургічна обробка рани лівого стегна, скелетний витяг обох нижніх кінцівок (щипці Ганца не використовувались у зв'язку із відсутністю); проводились переливання еритроцитарної маси 10 доз, препаратів крові 8 доз, протишокова, антибактеріальна терапія. На четверту добу після травми хворий транспортований у ВМКЦ ЗР бригадою невідкладної допомоги; під час транспортування виконувалась іммобілізація тазу стандартною вакуумною шиною реанімобіля, транспортування переніс добре.

При поступленні загальний стан важкий стабільний, в крові анемія (гемоглобін 82 г/л, еритроцити  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ ), лейкоцитоз  $14,7 \cdot 10^9/л$ ; ШОЕ 22 мм/год,

гіпопротеїнемія 50,9 г/л, виражена деформація тазу з ознаками стиснення корінця п'ятого поперекового хребця справа у вигляді парестезії, парезу правої стопи.

Хворому проводилась інтенсивна передопераційна підготовка, спрямована на усунення метаболічних змін, корекцію анемії (переливання 5 доз еритроцитарної маси, 5 доз плазми), профілактику гнійних і тромбоболічних ускладнень, проводився скелетний витяг нижніх кінцівок з метою репозиції кісток тазу. При виборі терміну оперативного лікування пошкодження тазу враховувались стан хворого, тяжкість супутньої патології, перебіг травматичної хвороби.

На 13 добу після травми (9 добу перебування в центрі) хворий прооперований, виконано відкриту репозицію, металоостеосинтез пошкоджень клубово-крижових з'єднань гвинтами, позавогнищевий остеосинтез клубових кісток стержневим апаратом зовнішньої фіксації; повторна хірургічна обробка рани лівого стегна, промежини, прямої кишки. Відрита репозиція зміщень здійснювалась в положенні хворого на животі з дугоподібних паравертебральних доступів по 12 см з кожного боку під ЕОП-контролем з остаточною фіксацією клубово-крижових з'єднань 2 спонгіозними гвинтами, введеними в точки на 2,5 см дозад і вгору від верхівок сідничних вирізок клубових кісток в крижові між крижовими отворами. Для стабільної фіксації і ранньої активізації хворого тазове кільце додатково фіксовано при максимально зближених лонних кістках позавогнищевим стержневим апаратом на 4 стержнях, введених в крила клубових кісток в ділянках передньо-верхніх остей в положенні пацієнта на спині. Остеосинтез лонного зчленування не проводився у зв'язку із просяканням м'яких тканин лобкової ділянки сечею з місця розриву уретри і високою ймовірністю інфікування. Загальна тривалість операції 3 годин 20 хвилин. В післяопераційному періоді спостерігалися анемія, гіпопротеїнемія, які сповільнили загоєння післяопераційних ран із розвитком неспроможності швів на ранах крижової ділянки зліва, внутрішньої поверхні лівого стегна. Для лікування ран використовувався медичний повітряно-плазменный апарат «Плазон» в режимі коагуляції і випарювання тканин, на 43 добу після травми виконано вільну аутодермопластику рани внутрішньої поверхні лівого стегна. Остаточне загоєння ран відбулося через 65 діб після операції. Після остеосинтезу хворому розпочато ранній лікувально-фізкультурний комплекс: повертатися в ліжку з другої доби; сидати в ліжку з п'ятої доби; вставати на милицях з навантаженням на ліву ногу з 12 доби. Клініка стиснення корінця п'ятого поперекового хребця справа

регресувала на 7 добу після оперативного лікування. Через 4 місяці після травми пацієнту проведено пластику сфінктерів прямої кишки.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати лікування через 4 місяці: біль тазу турбує після тривалої ходи, ходить з тростиною, повністю навантажуючи нижні кінцівки, сидіння, сечовипускання не порушені, дефекація через трансверзостому, статеві функції збережені; рентгенологічно зрощення крижово-клубових з'єднань, лівої сідничної кістки з розходженням симфізу 25 мм. Клінічні результати оцінені за системою Majeed (1986) як добрі (71 бал), рентгенологічні за Dugeii (1989), Teubner, Gerstenberger (1992) - задовільні.

#### ВИСНОВКИ

Даний клінічний випадок показує доцільність раннього оперативного лікування вертикально нестабільних переломів тазу при поєднаній травмі, що дозволяє ранню активізацію хворих для відновного лікування. Проведений внутрішній остеосинтез крижово-клубових з'єднань гвинтами в поєднанні з позавогнищевим остеосинтезом стержневим апаратом забезпечив стабільну фіксацію тазу і добрі функціональні результати.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н., Бурлука В.В., Король С.А. Анализ хирургического лечения нестабильных переломов костей таза у пострадавших с политравмой. - // Актуальні питання хірургічного та анестезіологічного забезпечення Збройних Сил України: гнійно-септична хірургія. – 2009. - с.96-97.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология. – М. – 2005. – с. 283 – 316.
3. Заруцький Я.Л., Кукуруз Я.С., Бурлука В.В. Хірургія пошкоджень тазу і тазових органів. – Київ, 2006. – с. 73-86.
4. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2006. – т.4. – с. 37-52.
5. Никитин Г.Д., Грязнухин Э.Г. Множественные переломы и сочетанные повреждения. - М.: Медицина, 1976. – 296 с.
6. Одынський Б. Повреждение тазового кольца. – Варшава – Харьков, 2002. - 236 с.
7. Шаповалов В.М. Военная травматология и ортопедия. – СПб.: ООО «Морсар», 2004. – с. 286-298.
8. Шацкер Й., Тайл М. Рациональное оперативное лечение переломов. – Торонто, Канада, 1987. – с. 99-123.
8. Chapman M.W. Operative orthopedics. – Phil., 1993. – Vol. 1. – P. 299-304, 505-539.