

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.718.19

Г.Г. Балагурова, В.Н. Алексеев, С.Д. Забанов, С.Н. Редков

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Городская клиническая больница № 3 (Иркутск)
Травмпункт № 1 (Иркутск)

Были изучены исходы лечения больных с повреждениями костей таза в амбулаторных условиях, определены количество дней нетрудоспособности в зависимости от тяжести повреждения костей таза и выявлены причины выхода на инвалидность.

Отмечено, что лечение поврежденных костей таза — длительный процесс, и его успех в амбулаторных условиях зависит от основного принципа: ранняя лечебная физкультура (желательно в условиях диспансеров) и поздняя нагрузка на нижние конечности и кости таза, что приводит к лучшим результатам и более быстрому восстановлению функциональных возможностей поврежденного органа (костей таза).

Ключевые слова: повреждение таза, амбулаторное лечение

PELVIC INJURIES AND THEIR TREATMENT IN OUT-PATIENTS DEPARTMENT

G.G. Balagurova, V.N. Alekseyev, S.D. Zabanov, S.N. Redkov

City Clinical Hospital N 3, Irkutsk
Traumatological Station N 1, Irkutsk

We studied outcomes of patients with pelvic injuries treated in out-patients department, defined the number of days of disablement depending on severity of trauma and revealed the causes of invalidity.

It is marked that the treatment of pelvic bones injuries is a time-taking process, its successful accomplishment in out-patients department depends on the main principle — early course of therapeutic physical training (advisably in the dispensary) and delayed load of lower extremities and pelvic bones. If we stick to these principles it can lead to the better outcomes and quicker restoration of functional abilities of an injured organ (pelvic bones).

Key words: pelvic injuries, out-patients treatment

Лечение пострадавших с переломами костей таза является одним из сложных разделов травматологии [4, 6].

Результаты восстановления костей таза во многом зависят от характера повреждения и методов лечения [3]. При повреждении костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца лечение больных всегда длительное. При осложнении и сочетании переломов костей таза с повреждениями органов брюшной полости и малого таза, черепно-мозговой травмой наблюдается высокий уровень летальности и инвалидности [1, 2].

Мы поставили **цель:** изучить исходы лечения больных с повреждениями костей таза в амбулаторных условиях, определить количество дней нетрудоспособности в зависимости от тяжести повреждения костей таза и выявить причины выхода на инвалидность.

Мы наблюдали 43 пострадавших с повреждениями костей таза, лечившихся после стационара в травмпункте № 1. Из 43 больных мужчин было 20, женщин — 23. Больных в возрасте от 18 до 30

лет — 23 человека, от 31 до 49 лет — 10, от 50 до 60 лет — 6 и от 61 и старше — 5 человек.

Причинами травм у пострадавших были: ДТП — у 18 человек, кататравмы — у 9, прямая травма от ударов твердым предметом и при падении с опорой на ту или другую половину таза — у 15 человек и у одного большого перелом крыла подвздошной кости произошел при ударе копытом животного.

Из 43 пострадавших у 39 больных были бытовые травмы и у 4 больных — производственные.

В зависимости от механизма повреждения диагностированы: изолированные переломы таза — у 16 больных, травмы с нарушением непрерывности тазового кольца — у 12, переломы костей таза, осложненные повреждением внутренних органов — у 8 (разрыв почки — 1, разрыв печени — 3, разрыв мочевого пузыря — 2, повреждение кишечника — 1, разрыв селезенки — 1), и у 7 больных переломы костей таза сочетались с повреждением длинных трубчатых костей (бедро, голень, предплечье), грудной клетки, черепно-мозговой травмой.

В основном переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца (в том чис-

ле и вывихи половины таза — 5 случаев) с повреждениями внутренних органов и сочетанные повреждения возникали после ДТП и при кататравмах (при падениях с высоты).

Все больные этой группы лечились в стационарах; предпринимались обоснованные методы лечения: противошоковая терапия, операции по поводу повреждения полостных органов, блокады по Школьникову — Селиванову, скелетное вытяжение при вывихах таза, при разрывах фиброзных сочленений использовали гамаки, наложение аппаратов внешней фиксации для устранения вывиха той или другой половины таза и репозиции переломов костей таза (4 пациента), как это выполняется и в других клиниках России [5]. Пребывание в стационаре составило от 25 до 72 дней, дальнейшее лечение было продолжено в амбулаторных условиях. Из-за длительного постельного режима в домашних условиях больные с переломами костей таза были не в состоянии посещать врача. За их здоровьем и лечением осуществлялся контроль с помощью консультаций родственников и посещений больных на дому. На дому продолжалось лечение: положение больного по Волковичу, лечебная физкультура по II—III периодам, массаж, перевязки больным с аппаратами внешней фиксации. В домашних условиях через 1,5—2 месяца больным было рекомендовано подниматься и ходить с опорой на костыли, а в последующем посещать врача амбулаторного приема. Больные продолжали лечебную физкультуру по II—III периоду, массаж, физиопроцедуры. Из-за воспаления мягких тканей вокруг спиц у 2 больных были сняты аппараты через 1 и 1,5 месяца, затем лечили гнойные раны. Демонтаж аппарата проводили в стационарных условиях. После контрольного рентгенологического обследования сняты аппараты у других 2 больных, продолжали ЛФК, физиопроцедуры.

Длительность лечения больных с травмами костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца составляла от 2,5 до 7 месяцев. Четверо больных из этой группы получили инвалидность II группы:

1. Ж-к Е.Д., 46 лет, после кататравмы. *Диагноз:* закрытый перелом седалищной, подвздошной кости с переходом на вертлужную впадину с центральным вывихом бедра с разрывом крестцово-подвздошного сочленения.

2. У-ва А.Н., 42 лет, после ДТП. *Диагноз:* закрытый перелом лобковой, седалищной костей слева и подвздошной кости справа со смещением отломков. Проведены репозиция и фиксация переломов с помощью АВФ. Из-за гнойного процесса в мягких тканях вокруг спиц и сепсиса произведен демонтаж аппарата через месяц после его наложения. Получена II группа инвалидности.

3. Г-в В.Н., 48 лет, после ДТП. *Диагноз:* закрытый перелом вертлужной впадины с центральным вывихом бедра. Перелом кости правой голени (ЧКДО). Получена II группа инвалидности.

4. У-а О.Ю., 20 лет, после ДТП. *Диагноз:* закрытый перелом лобковой, седалищной костей с

разрывом симфиза. Закрытый оскольчатый перелом правого бедра. Фиксация АВФ на кости таза и бедра. Инвалид II группы с 2003 г., с 2004 г. — инвалид III группы.

К пострадавшим с травмами таза без нарушения непрерывности тазового кольца были отнесены больные с изолированными переломами, с переломами подвздошной кости и переломами вертлужной впадины без смещения отломков. Из 9 больных с переломами вертлужной впадины у двух были переломы верхнего края со смещением отломков, по поводу чего был произведен остеосинтез компрессирующими шурупами (такие операции выполняются в травматологических больницах областных центров [3]). При переломах вертлужной впадины всем больным в стационарах проводят лечение методом скелетного вытяжения, затем в амбулаторных условиях не разрешается нагружать больную конечность в течение 4—6 месяцев, но зато сразу же назначаются лечебная физкультура, массаж, физиопроцедуры, некоторые больные получают хондропротекторы. Лечение длительное, но работающие пациенты с данной патологией вернулись к привычному труду.

Изолированные переломы: перелом лобковой кости — у 2 больных, седалищной — у 3 больных, крыла подвздошной кости — у 2 больных и у одного больного — перелом крестца. Лечение данных больных проводилось по методу Гориневской, положение в постели по Волковичу. Лечение больных, в основном, проведено в домашних условиях. Постельный режим от 1 до 1,5 месяцев. Затем больные ходили с опорой на костыли, через 2—2,5 месяца могли садиться. В основном, это группа пожилого возраста, двое из них работали (сторожами) и приступили к работе через 2 месяца после травмы.

На основании лечения и наблюдения за 43 больными в амбулаторных условиях к тяжелым повреждениям были отнесены травмы у 26 больных, у которых переломы, переломо-вывихи таза сопровождались повреждениями других костей (бедро, голень), и это привело к инвалидности (12%). Четверо из них получили вторую группу. Остальные больные, в основном трудоспособного возраста, после длительного лечения вернулись на работу по своей специальности.

Таким образом, лечение повреждений костей таза — длительный процесс, и его успех в амбулаторных условиях зависит от основного принципа: ранняя лечебная физкультура (желательно в условиях диспансеров) и поздняя нагрузка на нижние конечности и кости таза, что приводит к лучшим результатам и более быстрому восстановлению функциональных возможностей поврежденного органа (костей таза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В.В. Оценка результатов лечения больных, перенесших травму таза / В.В. Агаджанян, А.Ю. Милюков, А.А. Пронских // Ве-

стник травматол. и ортопедии. — 2002. — № 3. — С. 67–68.

2. Бабоша В.А. Некоторые особенности гемодинамики при повреждениях таза, сочетанных с черепно-мозговой травмой / В.А. Бабоша, В.Н. Пастернак, В.П. Танцюра // Ортопедия, травматология. — 1989. — № 11. — С. 25–28.

3. Ежов Ю.И. Диагностика и лечение краевых переломов вертлужной впадины / Ю.И. Ежов, А.А. Смирнов, А.Л. Лабазин // Вестник травматол. и ортопедии. — 2003. — № 3. — С. 72–75.

4. Минеев К.П. Лечение тяжелых повреждений таза и позвоночника / К.П. Минеев,

К.К. Стельмах. — Ульяновск: «Сибирская книга», 1996.

5. Соколов В.А. Оперативное лечение разрывов лобкового симфиза и крестцово-подвздошного сочленения при множественной и сочетанной травме / В.А. Соколов, В.А. Щеткин // Вестник травматол. и ортопедии. — 2002. — № 2. — С. 3–8.

6. Трубников В.Ф. Особенности лечения таза и конечностей у пострадавших с сочетанной и множественной травмой / В.Ф. Трубников, И.Ф. Попов, С.Н. Ковалев // Ортопедия, травматология. — 1987. — № 7. — С. 15–18.

УДК 616.718.4

Г.Г. Балагурова, С.Н. Редков, С.Д. Забанов, В.Н. Алексеев

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Городская клиническая больница № 3 (Иркутск)
Травмпункт № 1 (Иркутск)

Повреждения проксимального отдела бедренной кости являются сложной патологией, вызывающей тяжелые почти необратимые последствия нарушения функции поврежденной конечности и опорно-двигательного аппарата в целом и приводящей к инвалидности, так как переломы шейки бедра возникают у людей преклонного возраста.

Даже при хорошем стабильном и своевременном остеосинтезе перелома у пострадавших остаются и усугубляются последствия травмы области тазобедренного сустава, по поводу которых они продолжают лечение на протяжении нескольких лет и передвигаются с дополнительной опорой. Поэтому очевидно, что лечение больных с переломами шейки бедренной кости требует дальнейшего совершенствования, а также создания стационаров и реабилитационных пансионатов для герiatricких больных.

Ключевые слова: переломы, шейка бедра, исходы лечения

CLINICAL OUTCOMES OF PATIENTS WITH FRACTURES OF FEMORAL NECK

G.G. Balagurova, S.N. Redkov, S.D. Zabanov, V.N. Alekseyev

City Clinical Hospital N 3, Irkutsk
Traumatological Station N 1, Irkutsk

Injuries of proximal part of femoral bone are a very complicated pathology leading to severe and almost irreversible consequences of functional disturbance of affected extremity and locomotorium as a whole. Generally always it brings to disablement because fractures of femoral neck occur in elderly people.

Even after stable and timely osteosynthesis of the fracture patients still may have trauma consequences in the area of hip joint; they may receive long courses of after-treatment and often move with support. That is why it is evident that the treatment of patients with fractures of femoral neck demands further improvement, also it is necessary to create special hospitals for rehabilitation of geriatric patients.

Key words: fractures, femoral neck, outcomes

Переломы шейки бедренной кости чаще всего встречаются у людей пожилого и старческого возраста [6]. Из 85 больных, леченных в травмпункте № 1, возрастные группы распределялись следующим образом: до 30 лет — 1 пострадавший, до 40 лет — 3, от 41 до 50 лет — 14, от 51 до 60 лет — 17, от 61 до 70 лет — 16, от 71 до 80 лет — 22 и старше 81 года — 12 пострадавших. Женщин было 56, мужчин — 29. Возраст больных колебался от 24 до 94 лет.

Переломы проксимального отдела бедренной кости пострадавшие получали при падении с опорой на область правого или левого тазобедренного сустава — в 72 случаях, при падении с высоты — в 8 случаях и при ДТП — в 5 случаях.

Из 85 больных, леченных нами за период 2002–2004 гг., с бытовыми травмами был 81 пострадавший, с производственными — 4. Из числа обследованных больных работающих было 21 человек.