

А.Ю. Милюков, А.А. Пронских

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»,
г. Ленинск-Кузнецкий

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Цель работы: разработать комплекс лечебных мероприятий, направленный на снижение летальности и инвалидности у больных с повреждениями таза при политравмах. На анализе лечения 216 больных предложена тактика лечения, в зависимости от тяжести общего состояния пациента и тяжести повреждения таза. В ее основу положен принцип, что лечение этих повреждений должно отвечать требованиям проведения противошоковых мероприятий и требованиям лечения внутрисуставных повреждений, т.е. максимально точной репозиции и жесткой ранней фиксации поврежденных структур. Определены показания для оперативного лечения, с учетом типов повреждения, которое должно выполняться при поступлении пациента. При шоке III-IV степени показана стабилизация тазового кольца аппаратом внешней фиксации. При отсутствии шока и шоке I-II степени показан один из видов остеосинтеза (внешний, погружной или комбинированный), в зависимости от типа повреждения. Открытую репозицию целесообразно производить с интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузией. Летальность в исследовании составила 5,5 %, первичная инвалидность – 8,2 %, положительные функциональные результаты лечения – 95 %.

Ключевые слова: повреждения таза, политравма, лечение.

Aim of the study: to develop the complex of the curative measures to decrease the lethality and invalidity in patients with pelvic injuries in polytrauma. We analyzed the treatment of 216 patients and we proposed the tactics depending the severity of the common state and severity of the pelvic injuries. The basis is the principle: treatment of these injuries must correlate to the requirements of the antishock measures and intraarticular injuries, corresponding to the maximal accurate reposition and rigid early fixation of the injured structures. We determined the indications to the operative treatment depending of the injuries types, that must be carried at the admission. Stabilization of the pelvic ring is indicated using the external apparatus fixation in third, fourth degrees shock. In case of absence of the shock or in first and second degrees shock we carried out one of the osteosynthesis' kinds (external, intramedullary or combined) depending of the injuries types. Open reposition has to be using the intra-operation apparatus autohemotransfusion. Lethality was 5,5 %, primary invalidity 8,2 %, positive functional results were achieved in 95 %.

Key words: pelvic injuries, polytrauma, treatment.

Смерть в течение первых трех часов с момента травмы составляет 30 % летальных исходов сочетанной и множественной травмы, одной из причин которой являются повреждения таза [1]. Пострадавшие, в основном — лица молодого трудоспособного возраста, с преобладанием мужчин [2, 3]. Инвалидность составляет 25-55 % [4]. На сегодняшний день не предложено оптимальной тактики лечения пациентов с повреждениями таза, которая бы учитывала общее состояние пациента и характер повреждений [5, 6, 7]. Решение этой проблемы в таком индустриально разви-

том регионе, как Кузбасс, является не только медицинской, но и важной социальной задачей.

Цель работы: разработать комплекс лечебных мероприятий, направленных на снижение летальности и инвалидности больных с повреждениями таза при политравмах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами предлагается тактика лечения, основанная на опыте оказания помощи 216 пациентам, в зави-

симости от тяжести общего состояния пациента (шок I, II, III, IV степеней) и тяжести повреждения таза (по классификации М. Tile, 1986 — типы А, В, С). В основу тактики положен принцип, что лечение повреждений тазового кольца должно отвечать требованиям проведения противошоковых мероприятий и требованиям лечения внутрисуставных повреждений, т.е. максимально точной репозиции и жесткой ранней фиксации поврежденных структур. В процессе исследования все больные в обеих группах (основная — предложенная нами тактика лечения использовалась, контрольная — не использовалась) распределялись в группы и подгруппы в зависимости от степени шока, тяжести повреждений таза, наличия сочетанных повреждений, способов лечения (оперативный или неоперативный), объема выполненных диагностических мероприятий (использование КТ-исследования), способов оперативного лечения (внешний, погружной или комбинированный остеосинтез), сроков фиксации в аппарате. Однако определение влияния каждого из этих факторов на исход и выбор тактики лечения представляло определенные трудности. В связи с этим, перекрестные сравнения в образовавшихся подгруппах проводились по всем перечисленным факторам.

Для изучения диагностических возможностей раннего использования компьютерной томографии для выбора оптимальной тактики оперативного лечения больных с повреждениями тазового кольца в основной группе, был проведен сравнительный анализ с контрольной группой по срокам активизации и срокам стационарного лечения. Выявлено, что эти показатели были достоверно меньше в основной группе у пациентов с повреждениями типов А и В; по типу С достоверных различий не выявлено. Можно предположить, что отличия связаны, в первую очередь, с выявленными объективными признаками отсутствия нестабильности в задних структурах тазового кольца, что позволило детализировать повреждение и выбрать дифференцированную тактику лечения.

При шоке III-IV степени нами проводилась стабилизация таза только аппаратом внешней фиксации. Фиксация нестабильного тазового кольца — важная часть противошоковых мероприятий, является наиболее быстрым и эффективным методом для получения и сохранения репозиции в ближайшей перспективе и должна быть сделана как можно скорее после травмы по ряду причин:

- а) уменьшить потерю крови за счет репозиции отломков костей, восстановления первоначального тазового объема и, таким образом, создания эффекта тампонады полости таза;
- б) обеспечить простую мобилизацию пациента;
- в) предотвратить повторное смещение переломов типа В и С.

При шоке I-II степени, с целью определения дальнейшей тактики лечения, ориентировались на тяжесть повреждения тазового кольца. Повреждения типов А1 и А3 без смещения отломков, А2

(кроме бифокальных) и В без смещения отломков лечили консервативно. Средние сроки активизации достоверно различались: в основной группе тип А составил 22 дня, тип В — 33 дня; в контрольной — тип А — 34 дня, тип В — 60, тип С — 74 дня.

При повреждениях типов А1, А2, В и С проводилось оперативное лечение различными способами (внешняя фиксация стержневым аппаратом, погружной или комбинированный остеосинтез). Внешний остеосинтез выполнен у 62 % пациентов основной группы: в качестве самостоятельного метода — в 49 % случаев, в комбинации с погружным — в 13 %. Репозиция вертикального смещения проводилась нами во время операции при помощи оригинального устройства (патент № 2153859), и только после этого осуществлялся монтаж аппарата. Погружной остеосинтез был проведен у 38 % пациентов, в 25 % случаев — в качестве самостоятельного метода, в 13 % случаев — в комбинации с внешней фиксацией. Чаще выполнялся синтез заднего полукольца спонгиозными винтами — у 21 пациента. Синтез переднего полукольца выполнен у 18 человек, вертлужной впадины — у 21, при краевых переломах подвздошной кости — у 11 пациентов.

При точной репозиции отломков качество и продолжительность гемостаза, вследствие смыкания костной раны, значительно выше, чем при нерепонированном переломе. Такие операции технически сложны, сопровождаются кровопотерей, поэтому для их выполнения требуется качественное анестезиологическое пособие и качественное восполнение кровопотери при помощи интраоперационной аппаратной реинфузии. Комбинированный остеосинтез применен у 13 % пациентов, причем в большинстве случаев — при тяжелых повреждениях тазового кольца.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении средних сроков активизации больных (13-15 дней) в зависимости от метода лечения оказалось, что способ остеосинтеза не оказывает достоверного влияния на средние сроки активизации ($P > 0,05$). На этом основании можно сделать вывод, что при всех использованных нами способах стабилизации тазового кольца была достигнута примерно одинаковая степень жесткости фиксации. Это косвенно может говорить об оптимально выбранном методе остеосинтеза, который был адекватен тяжести повреждения таза.

При сравнении подгрупп по типу повреждения, в которых использовался только внешний синтез, выявлено, что при тяжелых повреждениях типа С средние сроки внешней фиксации ($8,0 \pm 0,6$ дней) достоверно больше, чем при более легких А и В ($5,2 \pm 0,4$ дней, $P < 0,05$). Отсутствие достоверной разницы между А и В типами наблюдается потому, что при обоих типах повреждения не происходит полного разрушения заднего опорного комплекса.

Летальность в нашем исследовании составила 5,5 %. Средние сроки пребывания в отделении реанимации у больных основной группы ($4,4 \pm 0,8$ дней) достоверно меньше, чем у пациентов контрольной группы ($10,0 \pm 1,2$ дней). У оперированных больных основной группы, по сравнению с контрольной, различия выражены еще больше ($P = 0,0001$), что подтверждает необходимость раннего оперативного вмешательства. Средние сроки стационарного лечения в основной группе достоверно меньше ($31,9 \pm 1,9$ дней), чем в контрольной ($48,9 \pm 3,5$ дней).

Первичная инвалидность в нашем исследовании составила 8,2 %, причем у всех пациентов причиной ее явились сопутствующие сочетанные повреждения. Средние общие сроки лечения в основной группе составили $72,0 \pm 11,6$ дней. Из осложнений мы отметили 3 случая воспаления мягких тканей в местах выхода стержней. Случаи были вызваны нарушением правил асептики во время перевязок, в тот момент, когда больные находились на амбулаторном лечении. Положительные функциональные результаты лечения (по шкале Majeed S.A., 1989), достигнуты у 95 % больных основной группы. При оценке степени компенсации постурального баланса с помощью метода оптической топографии (патенты № 2157097, № 2201138), выявлено, что в основной группе адаптационная способность мускулатуры к нагрузке выражена достоверно больше в сравнении с контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная тактика позволяет существенно улучшить результаты лечения этой

категории больных за счет снижения летальности, инвалидности и улучшения функциональных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванов, В.И. Особенности лечения переломов костей таза у больных с множественной травмой /В.И. Иванов, О.И. Великий, Ю.М. Нерянов //Ортопедия, травматол. и протезир. – 1992. – № 2. – С. 39-45.
2. Лобанов, Г.В. Комплексное лечение нестабильных повреждений таза при политравме /Г.В. Лобанов //Диагностика и лечение политравм: IV пленум Рос. асс. ортоп.-травматологов: Мат. Всерос. конф., г. Ленинск-Кузнецкий, 8-10 сент. 1999 г. /ГНКЦ ОЗШ. – Ленинск-Кузнецкий, 1999. – С. 242-243.
3. Лысенко, О.В. Особенности экспертных критериев при оценке переломов костей тазового комплекса в пожилом и старческом возрасте /О.В. Лысенко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 1995. – 24 с.
4. Оказание скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой на догоспитальном этапе: Метод. пособие для врачей СМП /В.А. Соколов, В.И. Потапов. – М., 1997. – 89 с.
5. Черкес-Заде Д.И. Оперативное лечение посттравматических деформаций таза /Д.И. Черкес-Заде //VI съ. травматол. и ортопедов России: Тез. докл., г. Н-Новгород, 9-12 сент. 1997 г. /Н-Новгород, 1997. – С. 467.
6. Rommens, P.M. Diagnostic procedures in spine, pelvic and extremity injuries /P.M. Rommens //The Integrated Approach to Trauma Care. The First 24 Hours /Eds. R.J.A. Goris, O. Trents. – Berlin, 1995. – С. 142-156.
7. Stabilization of U-shaped sacral fractures using percutaneous iliosacral screws: technique and early results /S.E. Nork, G.V. Russell, C.B. Jones, M.L.C. Roult //Societe Internationale de Chirurgie Orthopedique et de Traumatologie: Final program and abstract book: 21st Triennial World Congress, Sydney (Australia), 18-23 April, 1999. – Sydney, 1999. – P. 365.

III ВСЕРОССИЙСКИЙ ТИРЕОИДОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС – Москва, 29–30 ноября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 1 августа 2004 г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОБЩЕСТВО, ГОСУДАРСТВО И МЕДИЦИНА – ДЛЯ ПОЖИЛЫХ И ИНВАЛИДОВ» – Москва, 27–28 сентября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 20 августа 2004 г.

4-я ВСЕАРМЕЙСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ» – Москва, 23–24 сентября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2004 г.