

ВНЕШНИЕ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)
ММЛПУ Городская больница № 1 (Томск)

Переломы костей таза составляют при сочетанных травмах 40 %, при изолированных травмах скелета их регистрируют в 7–8 % случаев среди общего количества повреждений [4]. В силу своей тяжести и анатомо-физиологических особенностей они представляют собой одну из сложных и актуальных проблем травматологии. Тактика ведения пациентов с переломами таза основывается на понятии «стабильности» при повреждении тазового кольца. Использование систем внешней фиксации в лечении повреждений тазового кольца имеет преимущество перед консервативными методами. Они существенно облегчают репозицию, позволяют сопоставить отломки, уменьшить кровопотерю, раньше активизировать больных, снижая риск развития общих и местных осложнений травматической болезни, особенно в ее острый период. Ранняя стабилизация костных отломков позволяет переключать пострадавшего, выполнять симультантные операции при политравмах, а также не бояться возникновения двигательного возбуждения при развитии реактивных состояний, особенно при сочетании с ЧМТ и проводить раннюю активизацию у пострадавших, имеющих дополнительно травму груди. Среди систем внешней фиксации можно выделить противошоковые тазовые щипцы Ганца и различные аппараты. Однако щипцы Ганца громоздки, недостаточно стабилизируют поврежденный таз, обладают слабыми репозиционными возможностями, не позволяют осуществлять раннюю активизацию больного. По сравнению с ними аппараты наружной фиксации компактнее. Существует большое количество вариантов остеосинтеза переломов таза аппаратами наружной фиксации. Применяются спицевые, стержневые и смешанные системы. Нами использованы преимущественно стержневые аппараты производства ООО «Остеосинтез», г. Рыбинска, ориентированного преимущественно на систему швейцарской ассоциации АО/ASIF.

За период с 2001 по 2003 гг. по экстренным и неотложным показаниям было госпитализировано 94 пострадавших с повреждениями таза. В составе политравмы переломы таза были отмечены в 48,9 % случаев. Переломы таза типа А составили 55,17 %, В – 31,04 % и С – 13,79 % соответственно. Все пациенты поступили в срок от 1 часа до 5 суток от момента травмы, т.е. с этапа квалифицированной помощи. При поступлении в травмоцентр всем пациентам проводилась противошоковая терапия без учета показателей артериального давления, последние колебались от 80/40 мм рт. ст. до 180/100 мм рт. ст., при частоте пульса от 70 до 112 уд./мин. В основной группе наблюдений мы

проводили весь комплекс противошоковых мероприятий при средних показателях АД 112/71 ± 10 мм рт. ст. при частоте пульса 90 уд./мин. Мы согласны с мнением большого числа исследователей о том, что давление крови в течение травматического шока не имеет абсолютной корреляции с кровотоком [5, 6], а диагноз травматического шока практически всегда запаздывает, поскольку многие патологические процессы, составляющие его патофизиологическую сущность, закладываются гораздо раньше, но компенсаторные механизмы долго удерживают артериальное давление на уровне, близком к норме [4]. Появление шока (в классическом варианте) возможно только при определенных ситуациях под влиянием совокупного действия внешних и внутренних условий, которые в большинстве случаев при активном, целенаправленном действии могут быть трансформированы в благоприятную сторону [1]. Именно поэтому, при переломах таза, даже при нормальных показателях артериального давления необходимо выставлять диагноз шока, имея ввиду фазу скрытой декомпенсации [2, 3].

Средний возраст пострадавших составил 36,7 года. Мужчины составили 51,85 %, женщины – 48,15 %. Для фиксации переломов применяли аппараты с введением четырех и шести стержней в тазовые кости у 41 пациента. Аппараты применяли как в комплексе противошоковых мероприятий, так и в случаях необходимости точной репозиции отломков.

Больной Б., 57 лет. И.б. № 2150: поступил 24.02.2002 через 1 час после травмы (упал с балкона 6 этажа) с диагнозом кататравма, политравма. Закрытый неосложненный перелом лонных и седалищных костей с обеих сторон. Перелом крестцово-погвздошного сочленения слева. Закрытый неосложненный перелом проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Закрытый неосложненный перелом дистального метаэпифиза левой плечевой кости. Ушиб почек. Шок 3. Алкогольное опьянение. При поступлении состояние больного тяжелое: АД 60/25 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин. На фоне противошоковой инфузионной терапии через 30 мин после поступления наложен 6-стержневой рамочный аппарат на таз, затем выполнен лапароцентез – следы крови. 27.01.02 г. у больного развился левосторонний пневмоторакс, в связи с этим проведено дренирование плевральной полости по Бюллау во 2 межреберье слева. 6.03.02 г. проведен остеосинтез правой плечевой кости пластиной. Ремонт КДА с репозицией отломков. 19.04.02 г. – демонтаж аппарата. 22.04.2002 г. – выписан на амбулаторное долечивание.

Применение аппаратов внешней фиксации в комплексном лечении политравм является патогномоничным методом противошоковой терапии, уменьшает количество осложнений острого периода, позволяет выполнять раннее активное ведение больных, что способствует сокращению сроков стационарного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жижин В.Н. Варианты определения травматического шока и его место в патогенезе травматической болезни / В.Н. Жижин, М.М. Рожинский, Г.Б. Катковский // Травматический шок: Сб. тр. — Л., 1977. — С. 23–27.
2. Ключевский В.В. Современные проблемы Российской травматологии / В.В. Ключевский, К.А. Гураль, Ю.А. Филимендинов // Современные проблемы Российской травматологии и ортопедии: Сб. научн. тр. — Воронеж, 2004. — С. 26–28.

3. Ключевский В.В. Травматический шок. Синдром длительного раздавливания. Жировая эмболия / В.В. Ключевский, К.А. Гураль // Хирургия повреждений: Руководство для фельдшеров, хирургов и травматологов районных больниц. Изд. 2-е. — Рыбинск: Изд-во ОАО «Рыбинский Дом печати», 2004. — С. 94–120.

4. Цибуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений: Руководство / Г.Н. Цибуляк. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 432 с.

5. Malone P.C. Might the aphorism «there is indication in medicine for a pint of blood» lie behind some of the residual morbidity and mortality of surgery? / P.C. Malone. — Med. Hypotheses. — 1988. — Vol. 27, N 5–13.

6. Unreliability of blood pressure and heart rate to evaluate cardiac output in emergency resuscitation and critical illness / C.J. Wo, W.C. Shoemaker, P.L. Appel et al. // Crit. Care Med. — 1993. — Vol. 21, N 218–223.

В.И. Первеев, Л.А. Корсакова, Н.В. Захаров, В.Н. Корнев

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Своевременная диагностика и эффективные методы борьбы с жировой эмболией (ЖЭ) приобретают все более актуальное значение для практических врачей из-за роста удельного веса множественных и сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата. При сочетанной травме (конечности, грудная клетка, живот, череп) клиническая картина может быть не совсем ясной, особенно при ушибе головного мозга.

На основании клинического исследования пострадавших за период 2000–2004 гг. в травматологической больнице № 1 г. Томска диагностировано 62 случая жировой эмболии. При этом установлено, что преобладающей является автодорожная травма (31 человек), на втором месте — бытовая (14 (22,5 %) человек), на третьем месте — кататравма (8 (12,9 %) человек). Чаще всего ЖЭ наблюдалась у пострадавших в возрасте от 21 до 52 лет (67,4 %). Перелом бедра выявлен у 34 (54 %) больных, перелом бедра и голени — у 12 (19 %). В 29 (46,8 %) случаях одновременно имелась черепно-мозговая травма различной степени тяжести. Из 62 человек 17 доставлены линейными бригадами скорой медицинской помощи, причем 5 из них — без транспортной иммобилизации. Выявлено также, что 37 (60 %) пострадавшим на догоспитальном этапе необходимая противошоковая терапия не проводилась или оказывалась в недостаточном объеме.

Чаще всего характерные клинические проявления жировой эмболии наблюдались в первые трое суток с момента травмы. При этом диагностировалась определенная неврологическая симптоматика от немотивированного чувства страха до нарушения сознания различной тяжести. Характерными были также гипертермия, тахипноэ, тахикардия и нестабильность АД с тенденцией к гипотонии. При клиническом исследовании выявлено: петехиальные кровоизлияния на коже и слизистых, на глазном дне — явления ангиопатии и характерный симптом Пурчера, снижение насыщения крови кислородом (SpO_2), на рентгенограмме легких — симптом «снежной бури». При ЭКГ-исследовании были зарегистрированы признаки перегрузки правых отделов сердца. Определялось повышенное центральное венозное давление, ликворное давление было в пределах нормы. Морфологические и биохимические анализы крови выявили явления анемии, тромбоцитопении, гипопроотеинемии, сокращение времени свертывания крови и времени рекальцификации плазмы, повышение протромбинового индекса и толерантности плазмы к гепарину. Дополнительные лабораторные исследования регистрировали значительные изменения в процентном содержании липидных фракций и активности калликреин-кининовой системы крови.

Черепно-мозговая травма значительно затрудняла распознавание симптомов ЖЭ. Характерный