

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ.

Садриддинов Ф.Ф

Давлатов Б.Н

Абдулазизов О.Н

Андижанский государственный медицинский институт

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения тяжелых сочетанных травм таза является одной из актуальных в современной хирургии и травматологии. Их частота составляет от 1,1 до 9,1 % от общего числа травм опорно-двигательной системы. Летальность в стационарах при переломах таза – 2,8-27,0 %, но при нарушении гемодинамики у пострадавших возрастает до 38,0-62,0 %, что объясняется продолжающимся массивным внутритазовым кровотечением.

В современных условиях для лечения пострадавших с тяжелыми переломами таза предложено большое количество лечебно-диагностических алгоритмов и протоколов, описывающих разный порядок применения тех или иных способов хирургического гемостаза, доступных в травмоцентрах I уровня. У каждого свои показания, противопоказания и условия к применению, преимущества и недостатки, но ни один не может уверенно обеспечить окончательную остановку внутритазового кровотечения.

В большинстве опубликованных работ повреждения таза рассматриваются с позиции изолированной травмы, не акцентируется внимание на возможности использования современных способов хирургического гемостаза при внутритазовом кровотечении на основе эндоваскулярных технологий при политравме.

Диагностические сложности повреждений таза при сочетанной травме препятствуют адекватному лечению пострадавших и получению хороших функциональных результатов [1,2,4,8]. При проведении диагностических мероприятий необходимо учитывать тяжесть состояния пострадавшего, чтобы не усугубить его, но при этом максимально полно выявить все повреждения, поскольку необоснованный отказ от проведения дополнительных методов исследования ведет к неправильной диагностике типа перелома, недооценке степени нарушения стабильности тазового кольца и выбору неправильной тактики лечения].

Методы лечения повреждений таза отличаются разнообразием, однако, несмотря на совершенствование применяемых консервативных и оперативных методов лечения, частота неудовлетворительных результатов при тяжелых травмах таза даже в специализированных отделениях варьирует от 20 до 38,5%.

Другим важнейшим вопросом в выработке тактики лечения пострадавших с сочетанной травмой остается определение оптимального порядка хирургических пособий. В настоящее время принято считать, что залогом успешного лечения нестабильных переломов костей таза служат ранние оперативные вмешательства, направленные на восстановление анатомической целостности и стабильности тазового кольца. Многие авторы пособий по лечению повреждений таза, изданных на русском языке, отдают предпочтение методам внешней фиксации.

В руководствах и пособиях, опубликованных в последние годы за рубежом, рекомендуются методы внутреннего стабильно-функционального остеосинтеза, а аппараты внешней фиксации или тазовые щипцы применяются чаще для стабилизации таза при оказании неотложной помощи в первый «золотой час в шоковом состоянии»

Цель исследования — оценка эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой таза с использованием предложенного алгоритма диагностики и комплексного лечения в остром периоде травмы в травмоцентрах III уровня

Материалы и методы.

Предложен усовершенствованный алгоритм диагностики и комплексного лечения пострадавших с сочетанной травмой таза в остром периоде травмы. Объектом исследования стали 96 пострадавших с сочетанной травмой таза. Были сформированы две группы исследования: группа 1 (сравнения, $n = 50$), в которой лечение проводилось без применения алгоритма, и группа 2 (опытная, $n = 46$), в которой лечение осуществлялось согласно предложенному алгоритму. В зависимости от типа повреждения тазового кольца по классификации Tile-AO/ASIF каждая группа была разделена на две подгруппы пострадавших: с ротационно-нестабильным (тип В) и вертикально-нестабильным (тип С) повреждением таза.

В группу 1 вошли 26 пострадавших с повреждением таза типа В и 24 пациента с повреждением типа С, в группу 2 — 23 пострадавших с повреждением типа В и 23 с типом повреждения С. Проведена комплексная сравнительная оценка эффективности алгоритма, включавшая исследование объема кровопотери, сроков выполнения окончательной стабилизации костей таза, длительности оперативных вмешательств, сроков стационарного лечения, нахождения в ОРИТ, изучение функционального и рентгенологического результатов лечения, частоты осложнений и летальных исходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На примере данного клинического случая можно сделать выводы, что у пострадавшего с политравмой и тяжелой травмой таза с продолжающимся внутритазовым кровотечением и нестабильной гемодинамикой, несмотря на стабилизацию тазового кольца системой Ex-Fix, был использован дополнительно

метод лучевого контрастного исследования для определения источника кровотечения и его остановки, что привело к стабилизации состояния пациента. Проведение диагностической ангиографии с последующей эндоваскулярной эмболизацией поврежденных сосудов быстро стабилизирует состояние пациента, что позволяет в ближайшие сроки выполнить закрытую хирургическую реконструкцию тазового кольца, используя малоинвазивные методы остеосинтеза, учитывая, что выполнение закрытой тазовой реконструкции спустя 3 и более недель после травмы проблематично.

Представленное клиническое наблюдение также демонстрирует необходимость обязательного МСКТ-исследования при повреждениях таза. Стандартная АР-проекция не позволяет четко идентифицировать все имеющиеся повреждения таза, особенно в заднем отделе тазового кольца. Информация о финансировании и конфликте интересов Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтных интересов, связанных с публикацией данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Agadzhanian VV, Pronskikh AA, Ustyantseva IM, Agalaryan AKh, Kravtsov SA, Krylov YuM, et al. Polytrauma. Novosibirsk: Nauka Publ., 2003. 494 p. Russian (Агаджанян В.В., Пронских А.А., Устьянцева И.М., Агаларян А.Х., Кравцов С.А., Крылов Ю.М. и др. Политравма. Новосибирск: Наука, 2003. 494 с.)
2. Bondarenko AV, Kruglykhin IV, Plotnikov IA, Voytenko AN, Zhmurkov OA. Features of the treatment of pelvic injuries in polytrauma. Polytrauma. 2014; 3: 46-57. Russian (Бондаренко А.В., Круглыхин И.В., Плотников И.А., Войтенко А.Н., Жмурков О.А. Особенности лечения повреждений таза при политравме //Политравма. 2014. № 3. С. 46-57.)
3. Chu CH, Tennakoon L, Maggio PM, Weiser TG, Spain DA, et al. Trends in the management of pelvic fractures, 2008-2010. J Surg Res. 2016; 202(2): 335-340. doi: 10.1016/j.jss.2015.12.052
4. Tesoriero RB, Bruns BR, Narayan M, Dubose J, Guliani SS, Brenner ML, et al. Angiographic embolization for hemorrhage following pelvic fracture: Is it «time» for a paradigm shift? J Trauma Acute Care Surg. 2017; 82(1): 18-26. doi: 10.1097/TA.0000000000001259
5. Ankin LN, Pipiya GG, Ankin NL. Treatment of pelvic injuries in patients with isolated and concomitant trauma. Priorov Bulletin of Traumatology and Orthopedics. 2007; (3): 32-35. Russian (Анкин Л.Н., Пипия Г.Г., Анкин Н.Л. Лечение повреждений таза у пострадавших с изолированной и сочетанной травмой //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2007. № 3. С. 32-35.)

6. Bugaev N, Rattan R, Goodman M, Mukherjee K, Robinson BRH, McDonald AA, et al. Preperitoneal packing for pelvic fracture-associated hemorrhage: A systematic review, meta-analysis, and practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Am J Surg.* 2020; 220(4): 873-888. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.05.037

7. Анкин Л.Н. Проблемы улучшения лечения повреждений таза. Ортопед травматол и протезирование 2009;

8. 96-101. 2. Багненко С.Ф., Кашанский Ю.Б., Рзаев Р.С., Кучеев И.О. Анатомо-клиническое обоснование способа лечения повреждений таза с нарушением целостности его кольца // Травматол и ортопед России 2009; 2: 46-51.

9. Балицкая Н.В. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии при тяжелых повреждениях таза // Академ журн Западной Сибири 2012; 6: 22.

10. Иванов П.А., Фаин А.М., Смоляр А.Н., Щеткин В.А. Особенности диагностики и лечения сочетанной травмы таза. Хирургия Журн им. Н.И. Пирогова 2014; 10: 64-67.

11. Ушаков С.А., Лукин С.Ю., Истокский К.Н. и др. Лечение тра