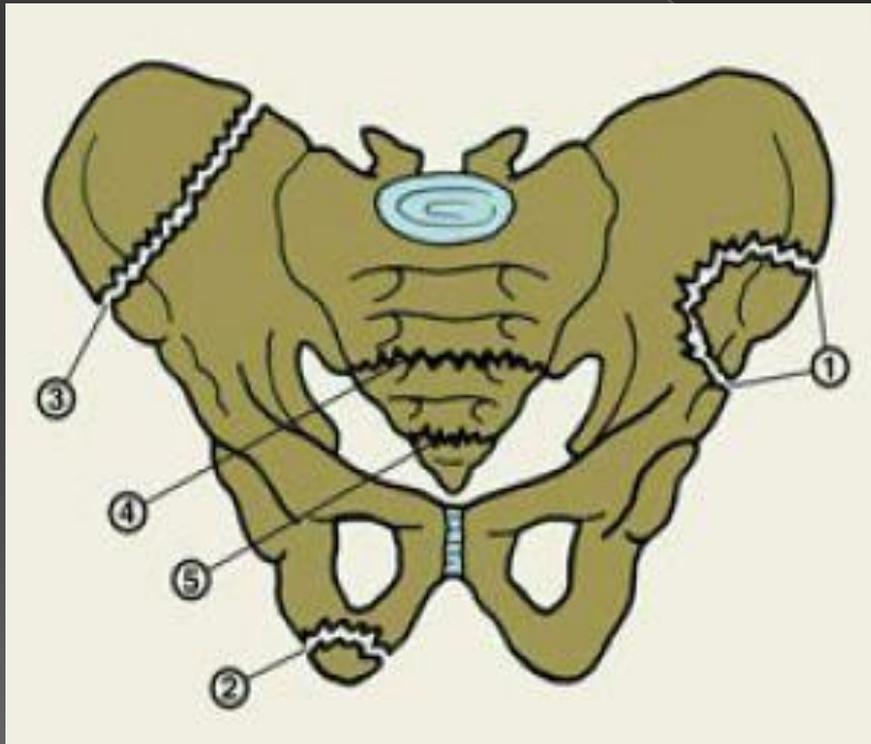


# Переломы костей таза



- Повреждения костей таза часто являются тяжелой травмой опорно-двигательного аппарата. Они нередко сопровождаются повреждением внутренних органов, массивным кровотечением и шоком. При них наблюдается большой процент смертности, а выжившие больные часто становятся инвалидами.
- Переломы костей таза возникают чаще всего во время сдавления его в переднезаднем или боковом направлениях, при падении с высоты на ноги, а также ударе, падении на бок и на ягодичные области, при авариях на транспорте, в шахтах

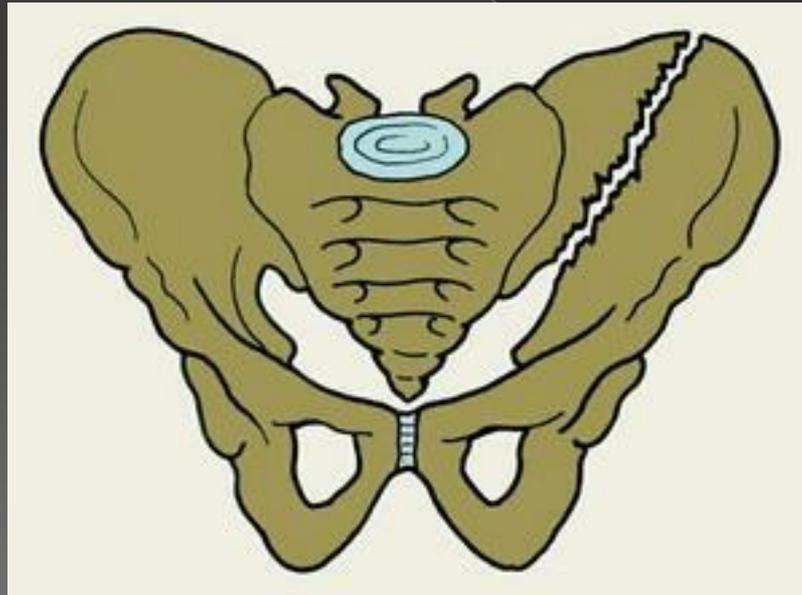
- В зависимости от локализации переломов по их отношению к тазовому кольцу их классифицируют следующим образом:



- Краевые переломы таза (Рис.слева), плоскость которых проходит вне тазового кольца: переломы гребня (1), крыла подвздошной кости (3), отрывы остей, переломы крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения (4), переломы копчика (5), краевые переломы седалищной кости (2).

- Переломы, проходящие через тазовое кольцо и не нарушающие его непрерывности: одно- или двусторонние переломы седалищной или только лобковых костей, переломы лобковой кости с одной стороны и седалищной - с другой.

- Переломы, нарушающие непрерывность кольца:
  - а) повреждения переднего отдела таза - разрыв лонного сочленения;
  - б) переломы одно- и двусторонние лобковой и седалищной костей (одновременно);



- в) повреждения заднего отдела таза - одно- или двусторонний разрыв крестцово-подвздошного сочленения, продольные или вертикальные переломы крестца, подвздошной кости;
- г) повреждения, локализующиеся одновременно в переднем и заднем отделах таза - одно- и двусторонний вертикальные переломы костей таза (типа Мальгенья), сочетание переломов костей таза с разрывами сочленений.

- Переломы вертлужной впадины: заднего ее края с вывихом или- без вывиха головки бедренной кости, переломы дна без ее вывиха и с центральным вывихом; переломы вертлужной впадины и других костей таза.
- Сочетанные переломы костей таза с повреждением внутренних органов живота, грудной клетки, черепа, конечностей, позвоночника.

## Клиника, принципы диагностики

- Пострадавшие жалуются на сильные боли в соответствующих отделах таза. Тяжесть общего состояния зависит от вида перелома и повреждения внутренних органов. Повреждения костей таза относятся, к наиболее тяжелой патологии, при которой в 25- 35% возникает картина травматологического шока на фоне массивного (от 500 до 3000 мл и выше) кровотечения.

- Во время осмотра можно выявить ссадины, гематомы, деформацию в области таза. Очень осторожная пальпация позволит оценить состояние выступающих частей таза, уловить место наибольшей болезненности, смещение костных отломков, крепитацию в области перелома.
- При нарушении непрерывности тазового кольца больные не могут стоять, ходить, сидеть, поднять прямую ногу. Разрывы крестцово-подвздошного сочленения вызывает образование подвывихов, а в последующем - постоянные боли. Переломы копчика характеризуются усилением болей во время сидения или дефекации.

- **Обычно для переломов таза характерны следующие типичные положения пострадавшего:**
- Ноги несколько согнуты в коленных суставах и приведены друг к другу, попытка развести их резко усиливает болезненность в области перелома.
- «Положение лягушки» - ноги пострадавшего согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены, что характерно для переломов лобковых, седалищных костей и вертикальных переломов.
- Симптом «прилипшей пятки» характерен для перелома лобковой кости.

- При травмах таза больного необходимо всегда попросить помочиться или спустить мочу резиновым катетером. Если моча окрашена кровью, то не исключены повреждения уретры, мочевого пузыря, почек.
- При повреждениях уретры отмечаются сильные боли в области промежности, а из наружного отверстия мочеиспускательного канала может каплями выделяться кровь. Перкуторно над лобком определяется тупость в связи с растяжением мочой мочевого пузыря. Если наступил внутрибрюшинный, разрыв мочевого пузыря, то моча попадает в брюшную полость. В этих случаях возникают боли в животе с напряжением его мышц.
- При внебрюшинном разрыве мочевого) пузыря моча затекает в околопузырную клетчатку, вызывая боли внизу живота и частые позывы на мочеиспускание. Во всех этих случаях больные самостоятельно мочиться не могут.
- Повреждение прямой кишки можно заподозрить по наличию крови при ректальном пальцевом исследовании. В ряде случаев возможно развитие клинической картины острого живота, что обусловлено наличием обширной забрюшинной гематомы: живот вздут, напряжен, болезнен при пальпации, отмечается притупление перкуторного звука в латеральных каналах и внизу живота, задержка стула и мочеиспускания и т. д.

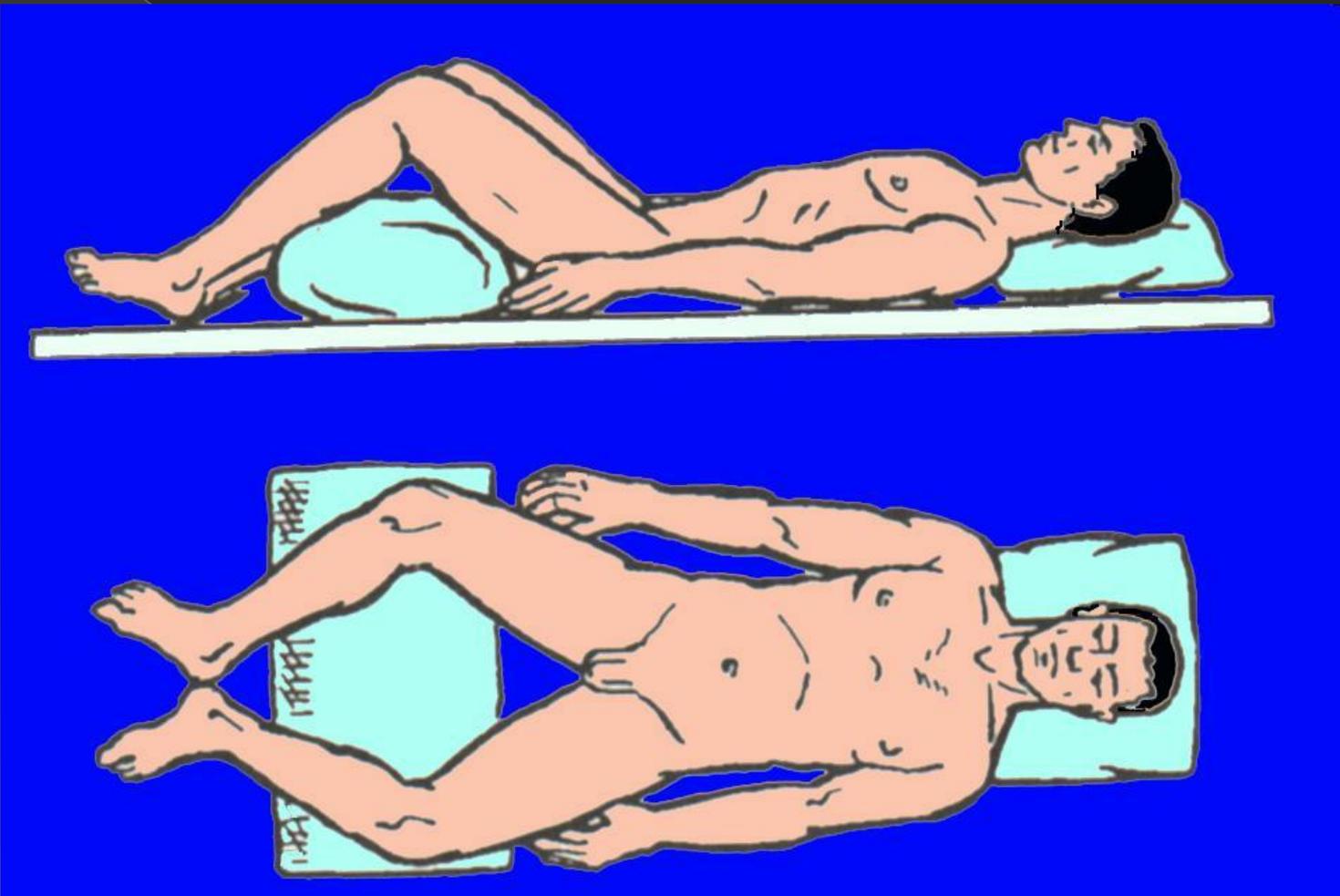
- Высокий уровень смертности при переломах таза связан с частотой кровотечений, шока и повреждения внутренних органов. Геморрагический шок — главная причина смерти при переломах таза. Приблизительно 50% всех переломов таза требуют трансфузии. Из всех больных, нуждающихся в больших объемах трансфузии, 30% умирают. При переломах с двойным разрывом кольца со смещением вероятность требующего трансфузии кровотечения увеличивается в два раза по сравнению с единичными переломами кольца.
- При задних переломах таза кровотечение сильнее, чем при передних. В общем большинство сосудистых повреждений локализуется в подвздошных венах и артериях, кровотечение из которых обычно незаметно.

# Первая доврачебная медицинская помощь

- Прогноз при переломе таза зависит от правильности и своевременности оказания средним медицинским персоналом первой доврачебной медицинской помощи. В большинстве случаев переломы данной локализации сопровождаются травматическим шоком и внутренним кровотечением. Поэтому перекладывать пострадавшего на носилки необходимо очень осторожно.

- Перед этим на носилки следует поместить деревянный щит с одеялом или пальто. Пострадавшего укладывают на спину с разведенными и согнутыми в коленях ногами («положение лягушки») или в позе Волковича. Под коленные суставы подкладывают валик (подушку, одеяло, одежду, шины Крамера) высотой до 30 см. Нижние отделы бедер и голени на уровне голеностопных суставов фиксируют бинтом, валик или шины Крамера также прикрепляются к носилкам. Между коленями помещают ватную прокладку.
- При переломах с нарушениями непрерывности тазового кольца для предупреждения смещения отломков необходимо с обеих сторон наложить шины от подмышечных впадин и паховых областей до стоп - иммобилизация шинами Дитерихса или шинами Крамера (как при двустороннем переломе бедер). Больного фиксируют к носилкам. Если сломан крестец, то больного транспортируют в положении на животе.

# ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСТРАДАВШЕГО НА ШИТЕ В ПОЛОЖЕНИИ ВОЛКОВИЧА (ПОЗА ЛЯГУШКИ)



- Дальнейшее лечение больного осуществляется в стационаре дифференциально в зависимости от вида перелома, который уточняют с помощью рентгенологического и инструментального обследования (обзорная рентгенография, цистоуретерография, лапароцентез, лапароскопия, лапаротомия, ректороманоскопия, неврологическое обследование, ректальное исследование, осмотр влагалища). Проводят внутритазовую анестезию по Школьникову - Селиванову, скелетное вытяжение, лечение на гамаке и т. д.