

Случай посттравматического ущемления подвздошной кишки при нестабильном переломе костей таза

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска¹
Белорусская государственная медицинская академия последипломного
образования²*

Случай посттравматического ущемления подвздошной кишки при нестабильном переломе костей таза

Пациенты с переломами костей таза в структуре травматизма составляют, по данным разных авторов, от 3 до 18,0% [1, 2]. При этом множественные и сочетанные повреждения таза встречаются у 30-55% пострадавших.

Неуклонно растущий травматизм в нашем обществе заставляет снова и снова возвращаться к теме своевременной адекватной диагностики травм и лечения пострадавших. Несмотря на доступность специальных методов обследований, очевидную простоту выявления травм, встречаются редкие случаи сочетанных повреждений. Предлагаемый вашему вниманию клинический случай еще раз подтверждает необходимость всестороннего обследования и мониторинга больных с сочетанной травмой.

Пациент Б., 47 лет поступил в Учреждение здравоохранения "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи" г. Минска 23.10.2008г. через 1 час после получения травмы: падение с высоты 2-го этажа. При поступлении больной был в сознании, ориентирован, предъявлял жалобы на боль в правой половине таза, грудном и поясничном отделах позвоночника. При первичном осмотре врачом в приемном отделении: состояние средней степени тяжести, АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 98 ударов в 1 мин. ЧД 24 в 1 мин. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, перистальтика выслушивается. Боль при пальпации, умеренный отек правой половинный таза, активные движения в правом тазобедренном суставе невозможны из-за болевого синдрома. Боль при пальпации в проекции Th12 позвонка. Стопы теплые, пульсация на магистральных сосудах четкая, чувствительность движения в стопах в полном объеме.

Были проведены обследования: УЗИ органов брюшной полости (патологии не выявлено), рентгенография костей таза, органов грудной клетки, грудного и поясничного отделов позвоночника, в общем анализе крови (лейкоциты $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,66 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 143г/л, гематокрит 41,3 п5 с55 л35 м5), кровь на групповую и резус принадлежность. Выставлен предварительный диагноз: Закрытый перелом лонной и седалищной костей, крыла подвздошной кости справа, перелом дна вертлужной впадины справа, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа. Закрытый компрессионный перелом тела Th12 позвонка 1 степени, травматический шок 1 ст. Больной госпитализирован в отделение сочетанной травмы, учитывая повреждение костей таза налажена система скелетного вытяжения, назначено консервативное лечение (анальгетики, антикоагулянты, инфузионная терапия). Через 20 часов после госпитализации состояние больного ухудшилось. После дефекации

(больной был уложен на судно) появились жалобы на боль в животе, которая усилилась после приема пищи. Выполнено контрольное УЗИ ОБП - патологии не выявлено, отмечается метеоризм. При фиброгастродуоденоскопии патологии со стороны желудка и 12-ти п.к. не выявила.

На фоне проводимого лечения и динамического наблюдения в течении 10 часов состояние пациента ухудшилось. Усилилась боль в животе, появилась отрыжка, тошнота, рвота съеденной пищей. Развилась клиническая картина кишечной непроходимости. При УЗИ ОБП в динамике выявлена свободная жидкость в брюшной полости, раздутые петли кишечника. На рентгенограмме органов брюшной полости в латеропозиции – свободного газа в брюшной полости не выявлено, петли тонкого кишечника пневматизированы, определяются горизонтальные тонкокишечные уровни. Проведен лечебно-диагностический прием. По желудочному зонду получено 2000 мл застойного отделяемого. В общем анализе крови (лейкоциты $13,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,32 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 135 г/л , гематокрит $38,8 \text{ п21 с65 л7 м7}$). Эффекта от проводимого лечения не получено.

Учитывая механизм травмы, объем полученных повреждений у больного заподозрен разрыв полого органа и, как следствие, нарастающую клинику перитонита, кишечной непроходимости на фоне тяжелой травмы таза, забрюшинной гематомы. Установлены показания к оперативному лечению.

При диагностической лапароскопии: массивная забрюшинная и тазовая гематома, больше справа, петли тонкого кишечника равномерно раздуты в 2 раза, незначительное количество мутного выпота с примесью крови по правому боковому каналу.

Учитывая найденную патологию выполнена срединная лапаротомия. При ревизии выявлен разрыв подвздошно-крестцового сочленения справа с повреждением париетальной брюшины, подвздошная кишка ущемлена между подвздошной костью и крестцом. После разведения отломков петля кишки извлечена из места ущемления, выявлен дефект её стенки $1 \times 2 \text{ см}$. Выполнена резекция пораженного участка кишки с анастомозом «бок в бок», место разрыва подвздошно-крестцового сочленения промыто растворами антисептиков, дефект париетальной брюшины ушит, брюшная полость санирована, дренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 недель, после снятия скелетного вытяжения, больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Описанный случай показывает, что отсутствие данных за травму внутренних органов при поступлении в комплексе с выявленными при первичном обследовании повреждениями (перелом лонной и седалищной костей, крыла подвздошной кости справа, перелом дна вертлужной впадины справа, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа, перелом тела Th12 позвонка) не исключают повреждение полого органа в последующем, что и имело место в данном случае.

Больные с сочетанной травмой должны транспортироваться на жестком щите с места получения травмы до госпитализации. Все необходимые обследования должны быть выполнены на уровне приемного отделения или в условиях операционной, но непременно до попадания больного в палату, чтобы исключить дополнительное перекачивание в последующем.

Все больные с нестабильным переломом таза требуют динамического наблюдения, а при подозрении на патологию органов брюшной полости, активной и ранней хирургической тактики [2, 3]

На сегодняшний день доказано, что механическая стабилизация костей таза уменьшает количество осложнений за счет неподвижности костных отломков, восстановления объема малого таза, что достигается предварительной репозицией.

Тазовые щипцы (задняя тазовая рама G. Ganz с соавторами 1991г.) [4] используются как метод временной стабилизации тазового кольца (не более 5-7 суток) для выведения больного из шокового состояния, после чего проводится адекватная внутренняя фиксация переломов костей таза. Поэтому методики первичной фиксации нестабильных переломов костей таза необходимо включать в протокол оказания квалифицированной медицинской помощи больным с сочетанными повреждениями (даже при выполнении urgentных операций на органах брюшной и грудной полостей).

Литература

1. Калугин, В. В., Клочков, В. С. и др. Анализ повреждений костей таза конечностей (1997–2000 гг.). Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь, Гомель 3–5.10.2002 г. Минск: БГЭУ, 2002. 371 с.
2. Шапошников, Ю. Г. Травматология и ортопедия // М.: «Медицина», 1997. Т. 2. С. 249–262.
3. Шаповалов, В. М., Гуманенко, Е. К. и др. Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших. СПб.: МОРСАР АВ, 2000. 240 с.
4. Применение аппарата внешней фиксации при различных переломах костей таза. Инструкция по применению. РНПЦ «травматологии и ортопедии». Минск, 2005.
5. Литтман, И. Оперативная хирургия. Будапешт, 1982.
6. Войленко, В. Н., Медеян, А. И. Омельченко, В. М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.: «Медицина», 1965.