

М.В. Кориук¹, А.А. Сухарев², В.Е. Корик³

СЛУЧАИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ

УО «Минское суворовское военное училище»¹,
 ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр ВС»²,
 Кафедра военно-полевой хирургии ВМедФ в БГМУ³

Пациенты с переломами костей таза в структуре травматизма составляют, по данным разных авторов, от 0,5 до 22,0 % [2,5,6]. При этом множественные и сочетанные повреждения таза встречаются у 25-70 % пострадавших. Переломы костей таза относятся к наиболее тяжелым повреждениям органов опоры и движения человека и встречаются преимущественно у мужчин в возрасте 20-50 лет [3].

Переломы таза возникают при сдавлении его в сагиттальном или фронтальном направлениях. Такие условия создаются при сдавлении между буферами вагонов, стеной и движущимся транспортом, при обвалах и завалах, кататравмах, дорожно-транспортных происшествиях (особенно при наезде транспортных средств на пешеходов). Основными причинами повреждения таза являются дорожно-транспортные происшествия и кататравма [1,5,6].

В редких случаях причинами переломов костей таза становятся переломы, вызванные хронической перегрузкой (стрессовые) у спортсменов и военнослужащих. Как правило, переломы костей таза, связанные с избыточной физической нагрузкой, носят характер отрывных (апофизарных) и происходят чаще в детском, подростковом и юношеском возрасте. Стрессовые вертикальные переломы крестца составляют определенную проблему у военнослужащих, особенно специальных подразделений, и обусловлены высокой интенсивностью физических нагрузок. Как отмечают американские исследователи, данный вид переломов особенно характерен для военнослужащих-женщин [6].

По классификации M.Tile-AO/ASIF [1] отрывные переломы таза относятся к стабильным повреждениям-A₁.

В рамках рассматриваемой темы приводим наши наблюдения.

1. Гр. РБ (абитуриент УО «Военная академия Республики Беларусь») К. 17 лет, поступил в приемное отделение 432 Главного военного клинического госпиталя 09.07.2005 г. с диагнозом: отрыв передней верхней ости правой подвздошной кости. Из анамнеза: 09.07.05 г. около 16.30 при сдаче зачета по бегу на 100 м, почувствовал резкую боль в правой подвздошной области. На момент осмотра дежурным хирургом предъявлял жалобы на боль в области правой подвздошной кости, усиливающиеся при движении и поднятии правой ноги.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Пальпаторно в области передне-верхней ости правой подвздошной кости определяется резкая болезненность, крепитация и смещение костного отломка книзу при выпрямлении ноги. АД 120/70 мм рт. ст., Ps 76 в 1 мин., ритмичный. По остальным органам и системам патологии не выявлено. Выполнена рентгенография костей таза: на рентгенограмме определяется отрыв кортикального костного фрагмента, размером 3,0х2,5 см, от передне-верхней ости крыла правой подвздошной кости, со смещением книзу и впереди (рис.1). Диагноз: отрыв передне-верхней ости правой подвздошной кости.



Рис. 1



Рис. 2

13.07.05г. выполнена операция: кортикальный остеосинтез отрывного перелома спонгиозным винтом. Под эндотрахеальным наркозом, продольным разрезом над передне-верхней остью подвздошной кости справа выделена зона перелома, перелом репонирован, выполнен кортикальный остеосинтез спонгиозным винтом. Гемостаз. Послойный шов раны, с оставлением резинового выпускника. Асептическая повязка (рис. 2).

Пациент был выписан на 13-е сутки, с рекомендациями: наблюдение травматолога, хождение на костылях в течение 3-х недель после операции без нагрузки на правую ногу. Перелом сросся, 29.03.06 г. выполнена операция – удаление металлоконструкции из правой подвздошной кости (рис. 3). В настоящее время пациент жалоб не предъявляет, продолжает обучение в УО «Военная академия Республики Беларусь».

2. Суворовец Ч. 16 лет, был доставлен в медицинский пункт УО «МСВУ» 14.09.2007г. около 13.20 с занятия по физической подготовке. Из анамнеза: при сдаче норматива – бег 100 м, в конце дистанции почувствовал острую боль в области левой подвздошной кости, «как будто чем-то ударили». На финише упал и с трудом поднялся с помощью товарищей.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Жалобы на боль в области передне-верхней ости левой подвздошной кости, усиливающуюся при ходьбе. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – патологии не выявлено. При пальпации отмечает болезненность в области передне-верхней ости левой подвздошной кости,



Рис. 4.

☆ Случай из практики

усиление боли при сгибании, отведении, а также наружной ротации левого бедра.

Предварительный диагноз: повреждение левой портняжной мышцы у места прикрепления к передней верхней ости. Пациент доставлен в приемное отделение ГУ «432 главного военного клинического медицинского центра Вооруженных Сил Республики Беларусь» санитарным транспортом.

В приемном отделении пациент осмотрен травматологом, выполнена рентгенография костей таза, выявлено: отрывной перелом кортикального костного фрагмента передне-верхней ости левой подвздошной кости размера 2х1.5см, со смещением костного фрагмента книзу (рис. 4).

Уставлен диагноз: закрытый отрывной перелом передней верхней ости левой подвздошной кости. В связи с возрастом пациента (16 лет), направлен в отделение детской травматологии 6 городской клинической больницы, где и был госпитализирован. Получал консервативное лечение: постельный режим в течение 3 недель в положении Волковича (т.н. положение «лягушки», когда пациент лежит на спине со слегка согнутыми и разведенными ногами), ЛФК, физиотерапевтическое лечение, анальгетики. При контрольной рентгенографии 15.10.2007 г.: перелом сросся, разрешена нагрузка на левую ногу (рис. 5).

В настоящее время жалоб не предъявляет, ограничения движений в левом тазобедренном суставе нет, продолжает



Рис. 5.

обучение в УО «МСВУ».

Клинические примеры приведены в целях: показать войсковым врачам редкий вид травм таза, встречающийся в подростковом и юношеском возрасте при занятиях физкультурой и спортом и возможности различного подхода к их лечению.

Литература

1. Дятлов, М. М. Неотложная и срочная помощь при тяжелых травмах таза. Руководство для врачей. Гомель: ИМНС НАН Беларуси, 2003. 296 с.
2. Калугин, В. В., Клочков, В. С. и др. Анализ повреждений костей таза и 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.
3. Киричек, С. И. Травматология и ортопедия. Минск, 2002. 134 с.
4. Корж, А. А., Меженникова, Е. П. и др. Справочник по травматологии и ортопедии. Киев: «Здоров'я», 1980. 216 с.
5. Черкес-Заде, Д. И. Лечение повреждений таза и их последствий. М. «Медицина», 2006. С. 3 – 4.
6. Шаповалов, В. М., Гуманенко, Е. К. и др. Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших. СПб.: МОРСАР АВ, 2000. 240 с., ил.