ТЕМА: ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА

План лекции:

1. Классификация переломов

2. Клиническая картина

3. Лечение

1. Переломы костей таза возникают при сдавлении костей таза, а также от ударов при катастрофах. Их делят на следующие виды.
I. Переломы, не нарушающие целостность тазового кольца:

1) поперечный перелом крестца;

2) перелом копчика;

3) пере­лом вертлужной впадины;

4) поперечный перелом крыла под­вздошной кости;

5) перелом одной из ветвей лобковой или седа­лищной кости;

6) перелом гребня подвздошной кости;

7) перелом (отрыв) остей;

8) перелом бугра седалищной кости (рис. 159).

II. Переломы, нарушающие целостность тазового кольца:

1) вертикальный перелом переднего полукольца:

а) перелом обе­их ветвей лобковой кости,

б) перелом лобковой и седалищной кости (одно- и двусторонний);

2) вертикальные переломы зад­него полукольца:

а) перелом крыла подвздошной кости;

б) ко­сой и вертикальный перелом крестца;

3) двойной вертикальный перелом заднего и переднего полукольца типа Мальгеня (рис. 160);

4) множественные переломы тазового кольца;

5) переломовывихи и вывихи костей таза.

2. Клиническая картина. При диагностике, помимо кли­нической картины, большую роль играет правильное обследова­ние больного. При детальной и осторожной пальпации можно судить о состоянии гребня и передних остей подвздошных ко­стей, симфиза, седалищных и лобковых костей, седалищного буг­ра, крестцово-подвздошного сочленения, крестца и копчика. При этом определяют локализацию наибольшей болезненности, сме­щение костных отломков, крепитацию. Производят встречное сжатие путем давления на крылья подвздошных костей и боль­ших вертелов, а также разворот тазового кольца путем растяжки за гребни подвздошных костей. Эти методы исследования позво­ляют выявить переломы более глубокой локализации, под мощ­ным слоем мышц. Необходимо сравнительное измерение с той и другой стороны расстояний между передне-верхней остью и пупком, между передне-верхней остью и надколенником. Допол­нительно производят внутреннее (ректальное) исследование, при котором можно прощупать дно вертлужной впадины, крестец, копчик и область лонного сочленения.



У больных с тяжелыми повреждениями костей таза на первое место выступает клиническая картина травматического шока. Обязательна рентгенография костей таза.

При переломах крестца и копчика отмечается локальная бо­лезненность соответствующей локализации. Путем ректального исследования можно установить зону перелома и характер сме­щения костных отломков.
При переломе вертлужиой впадины во время ходьбы возни­кает значительная болезненность в зоне тазобедренного сустава. В ряде случаев ходьба невозможна. При надавливании по оси конечности появляется боль в тазобедренном суставе.

При переломе крыла подвздошной кости последнее смещается вверх. В связи с этим, помимо болевой реакции, обнаруживается укорочение расстояния между пупком и передней верхней остью с больной стороны.
В случае перелома ветви лобковой кости специфичным симп­томом является снижение пульсации бедренной артерии по срав­нению со здоровой стороной вследствие гематомы.

При переломе седалищной кости больной не может сидеть. При пальпации иногда выявляется уступообразная деформация.
Перелом гребня подвздошной кости характеризуется отечно­стью, гематомой и локальной болезненностью в этой зоне.

При отрыве передне-верхней ости с больной стороны увели­чивается расстояние между пупком и остью, а также уменьшает­ся расстояние между остью и надколенником по сравнению со здоровой стороной (ость смещается вниз).

При переломе обеих ветвей лобковой кости в отличие от перелома одной из ее ветвей нижняя аппертура таза расширяет­ся, возникает выраженная гематома в области промежности. При переломе лобковой и седалищной костей клиническая кар­тина мало отличается от предыдущей, гематома распространяет­ся на ягодичную область.

У больных с задними вертикальными переломами заднего полукольца (подвздошная кость и крестец) задняя часть таза расширяется, таз суживается кпереди, в зоне перелома имеется большая гематома. При сдавливании и растягивании тазового кольца в зоне перелома выражена болевая реакция.
При переломах типа Мальгеня тазовое кольцо расходится в стороны и подвздошные кости поднимаются кверху. Больные, как правило, находятся в состоянии шока.

3. Лечение. Первая помощь при переломах костей таза — это профилактика болевого шока. Больного укладывают на спину, под ноги, согнутые в коленях, подкладывают валик и вводят обезболивающие средства. В основе лечебной тактики лежит принцип правильного восстановления анатомической целостности тазового кольца. Недостаточное восстановление приводит к тяжелой инвалидности. У женщин деформация таза может создать препятствия для нормального течения беременности и родов.
При переломах первой группы, когда не нарушена целост­ность тазового кольца, больного укладывают на кровать со щи­том, под колени помещают валик («положение лягушки»). Про­должительность постельного режима — 3—4 нед. При больших смещениях костных отломков показано оперативное лечение — фиксация оторванных фрагментов. При переломах крестца и копчика, если костные фрагменты смещены, производят одномо­ментное вправление, после чего назначают покой на 3—4 нед (рис. 161).
При переломах второй группы, т. е. с нарушением целостно­сти тазового кольца, костные фрагменты под влиянием тяги мышц смещаются кверху или в боковые стороны, что обусловли­вает асимметрию правой или левой половины таза и относитель­ное укорочение нижней конечности на стороне смещения. В этих случаях больного укладывают в гамачок, подвешенный к бал­канской раме (кости таза сводятся) и на 2 мес накладывают скелетное вытяжение за метафиз бедренной кости на стороне повреждения (низведение соответствующей половины таза) (рис. 162).

Осложненные переломы костей таза. Переломы костей таза могут осложняться повреждением мочевого пузыря или мочеис­пускательного канала. При внутрибрюшном разрыве мочевого пузыря моча попадает в брюшную полость, что клинически про­является болью в животе. Мышцы живота напряжены. Перку-торно в отлогих местах брюшной полости отмечается притупле­ние перкуторного звука. При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря моча распространяется в околопузырной клетчатке. Больной жалуется на выраженную боль внизу живота. Перку-торно над симфизом и по направлению к передне-верхним остям определяется притупление перкуторного звука («симптом бабоч­ки»). При катетеризации в том и другом случае, мочи выделяется мало. Она задерживается в брюшной полости или околопузыр­ной клетчатке.

Разрывы уретры бывают частичными и полными. Отмечают­ся резкая боль в области промежности и перкуторная тупость над лобком в связи с растяжением мочевого пузыря. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала каплями выделяется кровь. В промежности и области мошонки образуется гематома. При катетеризации (делается только перед операцией) катетер не проходит в мочевой пузырь.





Для уточнения диагноза в мочеиспускательный канал вводят от 10 до 150 мл 20% раствора сергозина, кардиотраста или дио-дона, и делают рентгеновский снимок. При разрыве уретры конт­растное вещество выходит за ее пределы, при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря — распространяется в околопузырной клетчатке, при внутрибрюшинном — в брюшной полости.

При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря показаны лапаротомия (вскрытие брюшной полости), ушивание раны мо­чевого пузыря и введение постоянного катетера через мочеиспу­скательный канал в мочевой пузырь.

При внебрюшинном разрыве мочевой пузырь обнажают из надлобкового доступа, не вскрывая брюшной полости, ушивают и накладывают надлобковый свищ.

В случае разрыва уретры при общем хорошем состоянии боль­ного мочеиспускательный канал в зоне разрыва ушивают. В уретру вводят постоянный катетер. При тяжелом состоянии больного ограничиваются наложением надлобкового свища. Вос­становление уретры производят через l'/г—2 мес.

При разрыве влагалища наблюдается кровотечение из по­следнего. Диагноз уточняют при осмотре влагалища. Разорван­ный участок ушивают.
При разрыве прямой кишки выражена боль в промежности, в кале обнаруживается кровь, при ректороманоскопии — разо­рванный участок прямой кишки. Накладывают противоестест­венный задний проход на сигмовидную кишку и дренируют околопрямокишечную клетчатку из разреза около заднего про­хода.

При осложненных переломах костей таза наряду с осложне-ниями лечат переломы костей таза по указанной выше схеме.
Особенности ухода за больными с повреждениями и заболеваниями позвоночника, спинного мозга и таза

При неосложненных переломах позвоночника в тех случаях, когда проводят лечение при помощи гипсового корсета, боль­шое внимание уделяют сохранению его на длительное время— 2—2!/г мес. Необходимо следить, чтобы корсет не вызвал про­лежней. С этой целью кожу под корсетом ежедневно протирают камфарным спиртом. Больные активно выполняют гимнастиче­ские упражнения для верхних и нижних конечностей.
Особенно важную роль лечебная гимнастика играет при ис­пользовании метода функционального лечения путем вытяжения на наклонной плоскости, рассчитанного на создание «мышечного корсета», который фиксирует поврежденный отдел позвоночника. В первые дни рекомендуются небольшие движения головой, верх­ними и нижними конечностями, дыхательная гимнастика. Через 7—10 дней больные производят движения более активно, со зна­чительным мышечным напряжением. На 18—20-е сутки больной осторожно переворачивается на живот, затем поднимает голову и конечности вверх («положение ласточки»), напрягая спинные мышцы. К концу второго месяца он должен так выполнять это упражнение, чтобы упор был только на животе при поднятых голове, руках и ногах. Занятия проводятся 5—6 раз в день, вна­чале по 5—10, а в дальнейшем по 20—30 мин. Вставать разре­шается через 2 мес, но больной не должен нагибаться вперед. Садиться можно через 4 мес.

При осложненных переломах позвоночника больного также укладывают на кровать с подложенным под матрац деревянным щитом. Ввиду большой склонности этих больных к трофическим нарушениям (пролежни) целесообразно пользоваться надувными резиновыми матрацами или резиновыми кругами (обязательно в чехле). Простыни и подстилки расправляют, фиксируют к кро­вати за тесемки, чтобы не было складок. Под пятки и лопатки подкладывают ватно-марлевые подушечки в форме бублика. Постель перестилают ежедневно, а мокрые подстилки сменяют по мере надобности.

Перемена положения больного заключается в перекладыва­нии его с живота на спину. Тщательный уход за кожей, массаж, ванны, физиотерапевтические процедуры направлены на профи­лактику пролежней.
.Учитывая, что у этой группы больных наблюдается расстрой­ство мочеиспускания, необходимо регулярно опорожнять мочевой пузырь, строго придерживаясь правил асептики, при недержании мочи — установить постоянный катетер. При больших поврежде­ниях спинного мозга следует наложить цистостому. Регулярно производят промывание мочевого пузыря. При опорожнении ки­шечника пользуются резиновым судном, подкладывая при этом под поясницу валик, препятствующий провисанию позвоночника. Каловые завалы удаляют пальцевым способом.
Больные с поражением спинного мозга весьма подвержены легочным осложнениям, в связи с чем необходимы дыхательная гимнастика, ингаляция кислорода, тщательный туалет носо­глотки.

Для профилактики отвисания стоп, их устанавливают под углом 90° при помощи упора.

Для предупреждения контрактур и порочного положения конечностей применяют съемные гипсовые лонгеты, проводят пассивные движения в суставах. Больному необходимо полно­ценное питание.

При заботливом уходе значительно повышаются шансы на то, что больной впоследствии поднимется и сможет передвигаться, пользуясь ортопедическими аппаратами. Очень важно, чтобы при длительном пребывании в больнице он приобрел на­выки самообслуживания.

При переломах костей таза, особенно осложненных, принцип ухода такой же, как и при переломах позвоночника. С первых дней больной должен выполнять гимнастические упражнения, рассчитанные на повышение общего мышечного тонуса, и дыха­тельную гимнастику. Если производят общий массаж, протирают кожу. При наличии цистостомы периодически промывают моче­вой пузырь слабыми растворами антисептиков, чтобы предупре­дить развитие восходящей инфекции. Необходимо следить за функцией кишечника и мочеиспусканием. Больным назначают высококалорийную и витаминизированную пищу.

**Литература:**

1. Дмитриева, З. В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. - М.: СпецЛит, 2016. - 328 c.
2. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии . Ростов-на-Дону: Феникс, 2016.— 157 c
3. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Текст] : учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова ; под общ. ред. В. В. Морозова. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 734 с
4. Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотоложных заболеваниях и состояниях [Текст] : учеб. пособие / В. Г. Лычев, В. М. Савельев, В. К. Карманов. - 2-е изд. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2016. - 352 с.
5. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.

**Электронные ресурсы:**

1. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/39669.html.— ЭБС «IPRbooks»

2. Вязьмитина А.В., Сестринский уход в хирургии: [Электронный ресурс]-Режимдоступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222264744.html