

Лікування нестабільного пошкодження кісток таза у вагітної (випадок із практики)

Головаха М.Л.¹✉, Богдан О.В.², Кожемяка М.О.¹, Перцов В.І.¹

Резюме. Актуальність проблеми лікування постраждалих із нестабільними переломами кісток таза не викликає сумнівів, оскільки такі травми становлять загрозу життю хворого в ранній період і часто призводять до інвалідності надалі. У роботі представлений рідкісний випадок лікування пацієнтки з нестабільним пошкодженням кісток таза на тлі вагітності (16 тижнів). Пацієнтка А., 1993 р. н., надійшла після травми, отриманої в результаті ДТП. Проведено обстеження: рентгенографія, КТ, УЗД, консультація гінеколога. Встановлено діагноз: закритий білатеральний перелом лобкових і сідничних кісток зі зміщенням; розрив лівого крижово-клубового зчленування з крайовим переломом крижів (б1-С1.3 за класифікацією Tile-AO-ASIF); вагітність 16 тижнів. На 9-ту добу після травми проведено оперативне втручання: відкрита репозиція, накістковий металоостеосинтез. На 12-ту добу після операції пацієнтка виписана для продовження лікування амбулаторно. Ходити на милицях почала через 3 тижні, без додаткової опори через 1,5 місяця після операції. Пологи в термін 39 тижнів оперативним шляхом (кесарів розтин), оцінка стану дитини – 8 балів за шкалою Апгар. При контрольному огляді через 10 місяців після операції опорно-рухова функція відновлена в повному обсязі.

Ключові слова: перелом таза; вагітність; металоостеосинтез.

Вступ

Пошкодження таза з нестабільністю тазового кільця належать до одних із найбільш тяжких, супроводжуються крововтратою і вимагають стабілізації в екстреному або плановому порядку залежно від наявності кровотечі, яка триває [1, 4]. Пошкодження таза на тлі вагітності завжди становить значну проблему для ортопеда-травматолога та акушера-гінеколога і супроводжуються високою високою ризиком смерті плода [3, 5]. Це обумовлено як впливом травми, так і необхідністю екстреної стабілізації тазового кільця для нормального перебігу вагітності.

Пацієнтка А., 1993 р. н., отримала травму при ДТП 16 червня 2015 року. З місяця події доставлена в ЦРЛ, де була надана перша допомога. У той же день переведена для подальшого лікування до травматологічного відділення Запорізької обласної клінічної лікарні. Об'єктивно загальний стан хворої стабільний; свідомість ясна, статура нормостенічна. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення.

Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Дихання в легенях везикулярне, хрипів немає. Частота дихальних рухів – 16 за хвилину. Тони серця – ясні, ритмічні. ЧСС – 75 ударів за хвилину. АТ – 120/80 мм рт. ст. Живіт м'який, болючий при пальпації в паховій області з обох сторін. Діурез не порушений. Вагітність третя за рахунком, нормально-го перебігу, пацієнтка перебувала на обліку в жіночій консультації за місцем проживання. Абортів і викиднів раніше не було.

Клінічно діагностований нестабільний перелом кісток таза. Проведено консилиум сумісно з акушерами-гінекологами для розв'язання питання можливості застосування променевої діагностики, отримано згоду пацієнтки.

Результати КТ від 18.06.15 представлені на рис. 1.

Загальний аналіз крові від 17.06.15: Нb – 105 г/л, ер. – $3,67 \times 10^{12}$ /л, КР – 0,86 г/л, л. – $9,5 \times 10^9$ /л: е-1, п-14, с-66, л-17, м-2, ШОЕ – 10 мм/год.

Загальний аналіз сечі від 17.06.15: жовта, мутна, рН кисла, білок – 0,099%, цукор – немає, ер. – 30-40 в п/з, л. – 4-5 в п/з, епіт. плоский, одиничний.

Біохімічний аналіз крові від 17.06.15: загальний білок – 69,8 г/л, ПТІ – 90%, фібриноген В – немає, час рекальціф. – 89.

УЗД органів черевної порожнини і малого таза від 17.06.15: ехо-ознаки вагітності 16 тижнів.

✉ Головаха М.Л., golovabaml@gmail.com

Богдан О.В., doctram@ukr.net

Кожемяка М.О.

Перцов В.І.

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

²Запорізька обласна клінічна лікарня, м. Запоріжжя



Рис. 1. Комп'ютерна томографія таза постраждалої

Офтальмолог (17.06.15): патології з боку органів зору не виявлено.

Невропатолог (17.06.15): на момент огляду переконливих ознак черепно-мозкової травми не виявлено. Рекомендовано: лікування основного захворювання.

Гематолог (19.06.15): залізодефіцитна анемія вторинного генезу, середнього ступеня тяжкості.

Гінеколог (17.06.15): внутрішній огляд неможливий через травми малого таза. Вагітність III, 16 тижнів (за висотою дна матки за даними УЗД).

Встановлено діагноз: закритий білатеральний перелом лобкових і сідничних кісток зі зміщенням. Розрив лівого крижово-клубового зчленування зі зміщенням та крайовим переломом крижів (61-S1.3 за класифікацією Tile-AO-ASIF) [1, 4]. Вагітність 16 тижнів.

Висновок КТ від 19.06.15: КТ-ознаки множинних осколкових переломів кісток таза (лівої клубової

кістки, лівого краю крижів, обох лобкових кісток, обох сідничних кісток) зі зміщенням уламків, порушенням цілісності тазового кільця і наявністю посттравматичних змін оточуючих м'яких тканин; вагітність 17 тижнів.

На проведеному консилиумі ухвалено рішення щодо оперативного лікування перелому.

На 9-ту добу після травми (25.06.15) під загальною анестезією виконано оперативне втручання: відкрита репозиція, накістковий металоостеосинтез. Був застосований передній доступ до крижово-клубового суглоба і модифікований доступ Stoppra до гілок обох лобкових кісток [2, 4]. У ході операції з обох сторін леговані "corona mortis". Osteosинтез переломів виконаний реконструктивними LCP-пластинами. Особливістю операції була наявність збільшеної матки з плодом, яка істотно ускладнювала застосування ретракторів і маніпуляції в порожнині таза, що зумовило тривалість операції – 140 хвилин. Крововтрата



Рис. 2. Рентгенограма таза після пологів і через 10 місяців після оперативного втручання (ЕД 1,2 мЗв)

– близько 250 мл. Тривалість анестезії – 195 хвилин. У процесі операції за рішенням консилиуму була проведена замісна гемотрансфузія еритроцитів – 220 мл і свіжозамороженої плазми – 310 мл.

Загальне променеве навантаження становило: 1) рентгенограми – 0,7 і 0,9 мЗв; 2) КТ – 1,8 мЗв.

У післяопераційний період пацієнтка протягом двох діб перебувала у відділенні інтенсивної терапії, надалі – у відділенні травматології.

Отримувала лікування: еноксапарин 40 мг п/ш – 1 раз на добу 14 днів після операції, декскетопрофен 100 мг в/м – 2 рази на добу 2 дні, фамотидин 40 мг в/в – одноразово, омепразол капсули 40 мг – 3 дні, цефтріаксон 1,0 – 2 рази на добу в/в 3 дні, гіно-тардиферон – 1 таблетка 2 рази на добу, “Утрожестан” свічки 200 мг – 3 рази на добу. Вибір препаратів проводили спільно з акушерами-гінекологами.

Загальний аналіз крові від 30.06.15: Нв – 91 г/л, ер. – $3,51 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,86, л. – 4,6: е-3, п-12, с-59, л-24, м-2, ШОЕ – 28 мм/год.

Загальний аналіз сечі від 30.06.15: жовта, прозора, реакція кисла, білок – 0,264 ‰, цукор – немає, ер. – 10-20 в п/з, л. – 1-2 в п/з, епітелій плоский, одиничний.

Біохімічний аналіз крові від 27.06.15: загальний білок – 59,8 г/л, ПТТ – 113%, фібриноген В – позитивний.

Післяопераційні рани загоїлись первинним натягом. На 12-ту добу після операції пацієнтка була ви-

писана для продовження лікування амбулаторно. До клініки не зверталася, перебувала під наглядом гінеколога і травматолога за місцем проживання. Ходити на милицях почала через 3 тижні, без додаткової опори – через 1,5 місяця після оперативного лікування.

Пологи в строк 39 тижнів оперативним шляхом (кесарів розтин), оцінка стану дитини – 8 балів за шкалою Апгар.

Через 10 місяців після операції, одразу після пологів, проведено контрольний огляд. Функціонально повністю відновлена, рентгенологічно форма тазового кільця наближена до норми (рис. 2). При спостереженні в динаміці через 4 роки – з боку оперованої зони скарг немає, рентгенографія не проводилась через відмову пацієнтки.

Висновок

Наведений рідкісний клінічний випадок дозволив констатувати, що активна хірургічна тактика при нестабільних ушкодженнях кісток таза є оптимальною для повного відновлення опорно-кінематичної функції. У цьому випадку вдалося зберегти вагітність за рахунок ранньої стабілізації кісток таза.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки статті.

References

1. Хоурани М.Ю., Линник С.А., Кучеев И.О., Ткаченко А.Н., Ромашов П.П. Диагностика и лечение переломов костей таза. *Фундаментальные исследования*. 2014;10(9):1866-71. Khourani M.Yu., Linnik S.A., Kucheev I.O., Tkachenko A.N., Romashov P.P. Diagnostics and treatment of pelvic bone fractures. *Fundamental research*. 2014;10(9):1866-71. [in Russian].
2. Kim H.Y., Yang D.S., Park C.K., Choy W.S. Modified Stopppa approach for surgical treatment of acetabular fracture. *Clin Orthop Surg*. 2015 Mar;7(1):29-38. DOI: 10.4055/cios.2015.7.1.29.
3. Leggon R.E., Wood G.C., Indeck M.C. Pelvic fractures in pregnancy: factors influencing maternal and fetal outcomes. *J Trauma*. 2002 Oct;53(4):796-804. DOI: 10.1097/00005373-200210000-00033. PMID: 12394889.
4. Tile M. *Fractures of the pelvis and acetabulum principles and methods of management*. 4th ed. Thieme; 2015. 978 p. Доступно за посиланням: DOI: 10.1055/b-0035-121619.
5. Zhang P., Zhou D.S., Hu J.M., Zhou D.S., Li L.X., Mu W.D. Management of hemodynamically unstable pelvic fracture in pregnancy: a case report and review of literature. *Chin J Traumatol*. 2012;15(4):234-7. PMID: 22863342.

Treatment of Unstable Injury of Pelvic Bones in Pregnant (Case Report)

Holovakha M.L.¹, Bohdan O.V.², Kozbemiaka M.O.¹, Pertsov V.I.¹

¹Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia

²Zaporizhzhia Regional Clinical Hospital, Zaporizhzhia

Summary. *There is no doubt in the relevance of the problem of treatment of patients with unstable fractures of pelvic bones, since these injuries involve a threat to the patient's life in the early period and often lead to disability in the future. This article presents a rare case of treatment of a patient with an unstable pelvis injury, while being 16 weeks pregnant. Patient A., born 1993, was admitted after a road accident injury. The examinations included: X-ray, CT, ultrasound, and gynecologist consultation. The patient was diagnosed with closed bilateral fracture of the pubic and ischial bones with displacement; rupture of the left sacroiliac joint with the boundary fracture of the sacrum (61-C1.3 by the Tile-AO-ASIF classification). The patient was 16 weeks pregnant. The surgery – open reduction and extramedullary metalosteosynthesis – was performed at the 9th day after the injury. The patient was discharged to outpatient treatment at the 12th day after the surgery. She started walking on crutches 3 weeks after the surgery; no additional support was needed since 1.5 months after the surgery. The patient gave birth at 39 weeks by surgical intervention (caesarean section). The baby's condition was assessed as 8 according to the Apgar scale. At the control examination 10 months after the surgery, musculoskeletal function of the patient was fully restored.*

Key words: *pelvic fracture; pregnancy; metalosteosynthesis.*

Лечение нестабильного повреждения костей таза у беременной (случай из практики)

Головаха М.Л.¹, Богдан О.В.², Кожемяка М.А.¹, Перцов В.И.¹

¹Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

²Запорожская областная клиническая больница, г. Запорожье

Резюме. *Актуальность проблемы лечения пострадавших с нестабильными переломами костей таза не вызывает сомнений, так как данные травмы представляют угрозу жизни больного в ранний период и часто приводят к инвалидности в дальнейшем. В работе представлен редкий случай лечения пациентки с нестабильным повреждением костей таза на фоне беременности (16 недель). Пациентка А., 1993 г. р., поступила после травмы, полученной в результате ДТП. Проведено обследование: рентгенография, КТ, УЗИ, консультация гинеколога. Установлен диагноз: закрытый билатеральный перелом лонных и седалищных костей со смещением; разрыв левого крестцово-подвздошного сочленения с краевым переломом крестца (61-C1.3 по классификации Tile-AO-ASIF); беременность 16 недель. На 9-е сутки после травмы проведено оперативное вмешательство: открытая репозиция, накостный металлоостеосинтез. На 12-е сутки после операции пациентка выписана для продолжения лечения амбулаторно. Ходить на костылях начала через 3 недели, без дополнительной опоры через 1,5 месяца после операции. Роды в срок 39 недель оперативным путем (кесарево сечение), оценка состояния ребенка – 8 баллов по шкале Апгар. При контрольном осмотре через 10 месяцев после операции опорно-двигательная функция восстановлена в полном объеме.*

Ключевые слова: *перелом таза; беременность; металлоостеосинтез.*