

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА И БЕДРА.

Скребцов В.В.<sup>1</sup>, Хмызов С.А.<sup>2</sup>

Ялтинская городская больница, г. Ялта<sup>1</sup>,  
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ»,  
Харьков<sup>2</sup>, Украина.

**Введение.** Лечение пациентов с ипсилатеральными повреждениями таза и бедра, так называемое «флотирующее бедро», является одним из наиболее сложных задач в травматологии. Если тактика лечения больных с изолированными повреждениями таза и бедра изучена, то их комбинированное повреждение таза и бедра до настоящего времени вызывает ряд вопросов в силу их взаимного отягощения.

**Цель исследования.** Целью исследования является оценить эффективность применения предложенной тактики лечения пациентов с ипсилатеральными повреждениями таза и бедра.

**Материалы и методы.** 15 пациентов с нестабильными переломами таза или вертлужной впадины в сочетании с переломом бедра в возрасте от 15 до 72 лет (средним возраст 38,9 лет). Все пациенты поступали в состоянии травматического шока 3 степени. Для оценки перелома бедра и вертлужной впадины применялась классификация АО, для переломов костей таза классификация Tile. У 1 пациента диагностирован перелом типа В2 шеек обоих бёдер. Чрезвертельные переломы типа А у 2 пациентов. У остальных пациентов имел место перелом диафиза бедра: тип А — 5, тип В — 7, тип С — 2 пациента. Переломы таза: тип В — 7, тип С — 6. У одного пациента имел место перелом задней колонны таза с вывихом бедра, у одного перелом обеих колонн таза. У трёх пациентов имел место разрыв кишечника, у четверых — разрыв мочевого пузыря. Все пациенты были оперированы. При повреждениях таза типа В и С в ургентном порядке выполнен внеочаговый остеосинтез стержневым аппаратом внешней фиксации (АВФ) АО. Внутрисуставные повреждения вертлужной впадины оперированы после стабилизации общего состояния пациента с применением реконструктивных тазовых пластин. Переломы диафиза бедра стабилизированы в ургентном порядке стержневыми АВФ. У трёх пациентов в последующем произведена смена метода фиксации на накостные пластины, у семи на интрамедуллярные стержни, у четырёх пациентов АВФ использовался как окончательный метод стабилизации. Чрезвертельные переломы и переломы шеек бёдер оперированы в отсроченном порядке накостными фиксаторами (пластины и винты). Сопутствующие полостные повреждения оперированы в экстренном порядке хирургами. Оценка отдалённых результатов лечения проведена по методике Любошица-Маттиса-Шварцберга.

**Результаты и их обсуждение.** У всех пациентов были получены хорошие отдалённые анатомические и функциональные результаты. У одной пациентки после смены метода фиксации при переломе диафиза бедра с АВФ на пластину, отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало удаление металлоконструкции и возврат к АВФ. У одного пациента до операции отмечена нейропатия седалищного нерва, которая имела тенденцию к восстановлению после выполнения оперативного вмешательства по стабилизации переломов. Специальный случай. Пациент 66 лет с ипсилатеральным переломом тела подвздошной кости, заднего края вертлужной впадины, вывихом головки бедренной кости и многооскольчатым подвертельным переломом бедренной кости, нейропатией седалищного нерва, жировой эмболией сосудов головного мозга и травматическим шоком 3 степени. После проведения комплексной противошоковой терапии и стабилизации общего состояния выполнена оперативная стабилизация переломов таза и бедра накостными пластинами, устранение вывиха бедра. Перелом костей таза и бедра стабилизирован с применением погружного остеосинтеза пластинами.

**Выводы.** Использование внешней фиксации является лучшим методом для стабилизации переломов у пациентов с ипсилатеральными повреждениями таза и бедра.

Окончательная стабилизация переломов погружными фиксаторами является обоснованной у пациентов с внутрисуставными переломами таза и конечностей, переломами бедренной кости при отсутствии противопоказаний.