

СТАНДАРТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ПЕРЕЛОМИ ТАЗУ ТА ВЕРТЛЮГОВОЇ ЗАПАДИНИ

Ріхтер О.

Клініка «Борис», м. Київ

Більшість переломів тазу та вертлюгової западини повинні підпорядковуватися встановленій системі надання допомоги травмованим хворим з чітко визначеними шляхами доставлення пацієнтів до місця надання необхідної адекватної медичної допомоги. Неправильне лікування пошкоджень тазу може призвести до ранньої смерті від крововтрати чи інвалідності, в той час пізні чи неправильні лікування переломів вертлюгової западини може призвести до швидко прогресуючого остеоартриту та неминучої постійної дисфункції кульшового суглобу. 5-10% переломів тазу поєднуються зі складними урологічними пошкодженнями. Програма стосується пацієнтів будь-якого віку зі зміщеними переломами тазу та вертлюгової западини.

Переломи тазу.

1. Більшість переломів тазу (та вертлюгової западини) можуть поєднуватися з великою крововтратою. Раннє накладання тазового биндажу чи перев'язування простирадлом допомагає реанімаційним заходам та при необхідності лапаротомії. У випадку вимушеної затримки в перевезенні хворого необхідно замінити їх апаратом зовнішньої фіксації.

2. При продовженні наявної кровотечі, невідкладне лікування повинне включати раннє переливання свіжозамороженої плазми, тромбоцитарної та еритроцитарної маси. При подальшій гемодинамічній нестабільності, пов'язаній з пошкодженням тазу подальшим лікуванням має бути відкрита тазова тампонада та/або емболізація (якщо остання можлива у лікувальному закладі).

3. Після гемодинамічної стабілізації рання КТ має бути виконана для визначення пошкодження тазу. При наявності КТ в приймальному відділенні, дослідження має бути виконано на якомога раніше, але не перешкоджати первинній реанімації та лікуванню геморагії.

4. Усі пацієнти з пошкодженням тазу та вертлюгової западини мають бути обстежені шляхом рентгенографії тазу в 5 проекціях: пряма, вхід та вихід з тазу, клубова та затульна проекції.

5. Високий рівень настороженості уrogenітальних пошкоджень потребує обов'язкового раннього контрастного дослідження (цистографія +/- КТ та уретрографія). Внутрішньоперітонеальні пошкодження сечового міхура чи пенетрація кістковими фрагментами вимагає його відкритого відновлення, позаочеревинні пошкодження можуть лікуватися уретральним дрениванням. Усі ці стани потребують невідкладного урологічного втручання.

6. Відкриті переломи тазу з ранами в паховій ділянці, сідницях, промежині, піхві чи прямій кишці потребують невідкладного дренивання сечового міхура шляхом цистостомії та можливо накладання колостоми. Ця ургентна процедура потребує наявності фахівців - урологів та хірургів. Будь-яка колостома має бути розташована у верхніх абдомінальних квадрантах, віддалених від місць доступів для хірургічної фіксації тазу.

7. Задні уретральні пошкодження, виявленні шляхом уретрографії мають бути лікуванні первинно шляхом надлобкової катетеризації. В подальшому, при необхідності, здійснюється остаточне відновлення шляхом відстроеної уретро пластики відповідним спеціалістом.

8. Після гемодинамічної та тимчасової скелетної стабілізації, за 5 діб має бути сформований та здійснений план тазової реконструкції спеціалістом тазової хірургії.

9. Відправлення знімків до лікарні зі спеціалістом з тазової хірургії має бути здійснене за 24 години для початкової оцінки, рекомендацій та початку координованого швидкого трансферу пацієнта при необхідності. Лікарня повинна мати в постійній

наявності усіх хірургічних спеціалістів для надання необхідної допомоги таким пацієнтам, які, як правило мають пошкодження різних органів.

10. В подальшому пацієнт має спостерігатися спеціалістом в тазовій хірургії для надання усіх необхідних рекомендацій для попередження фізичних, урологічних та сексуальних розладів, які є дуже частими. Переломи вертлюгової западини.

11. Вивих стегна має бути вправлений ургентно, а потім оцінений та записаний в історії хвороби на стабільність вправлення. Нейроваскулярний статус до і після вправлення має бути задокументований. Скелетне ви тяжіння має бути накладене за дистальне стегно. При неможливості вправлення чи нестабільності, в ургентному порядку необхідно отримати рекомендації спеціаліста з реконструкції кульшового суглобу та прийнято рішення про негайний трансфер.

12. Вправлення вивиху стегна має бути підтверджене КТ за 24 години для виключення інтерпозиції кісткових фрагментів та оцінки перелому. Ці знімки якнайшвидше мають бути доставлені до експерта в реконструкції переломів вертлюгової западини для вирішення питання про необхідний трансфер для хірургії при необхідності.

13. Переломи зі зміщенням, які потребують репозицію та внутрішню фіксацію мають бути прооперовані експертом в реконструкції переломів вертлюгової западини якнайшвидше, ідеально за 5 днів, але не пізніше 10 днів з моменту травми. 14. Тромбопрофілактика має початися за 48 годин з моменту травми при відсутності протипоказів. 4, 5, 6 – рекомендації Європейської Урологічної Асоціації.