

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ТАЗУ

*Шкандала А. Ю.*

*Науковий керівник – канд. мед. наук, проф. Шищук В. Д.,*

*Сумський державний університет,*

*кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів*

**Актуальність теми:** хворі з пошкодженнями кісток тазу складають від 5 до 10% усіх травматологічних хворих. Серед постраждалих з множинними переломами вони складають 3,3 %, з супутніми пошкодженнями – 25,5 %. Не дивлячись на те, що відсоток цих хворих не відрізняється значною кількістю, переломи кісток тазу відносяться до найбільш тяжких пошкоджень органів опори та руху людини. Майже у кожного третього постраждалого з цим пошкодженням виникає травматичний шок, що і вирішує тяжкість стану. При множинних та політравмах тазу тяжкість стану обумовлена не тільки нейрогенним компонентом травми, але масивним внутрішньотканинним крововиливом (до 2,5 л).

З огляду на актуальність та складність як діагностики так і лікування даної патології, постає питання визначення сучасних методів лікування пошкоджень тазу (крайовий перелом, перелом без порушення неперервності тазового кільця, перелом з одночасним порушенням переднього та заднього напівкілець, перелом вертлюжної западини).

Ефективним та відносно дієвим методом залишається скелетне витягіння. Проте при крайових переломах, та переломах без порушення неперервності тазового кільця вищеназваний метод не застосовується. Віддають перевагу укладання хворого у „позу жаби” (по Волковичу), надання зручного положення для максимального розслаблення тазових м'язів та фіксація ноги на пошкодженій стороні шиною Белера. Проте при переломах з порушенням неперервності тазового кільця, особливо зі зміщенням проводять скелетне ви тягіння по осі стегна. При переломах з порушенням переднього та заднього на півкілець по типу Мальгена без зміщення, хворого вкладають на гамак і проводять скелетне ви тягіння (вага грузів – по 4–5- кг на кожену ногу). При зміщенні половини тазу вверх вага груза на стороні зміщення збільшують до 10–14 кг. Щодо переломів вертлюжної западини, то проводять подвійне витягіння – за відростки стегна і за великий вертлюг стегнової кістки. Після вправлення голівки вагу груза зменшують. Витягіння проводять протягом 8–10 тижнів, потім протягом 4–6 місяців хворий користується милицями.

Інший варіант лікування – хірургічні методи лікування полі фрактур тазу включають в себе через кістковий остеосинтез зовнішніми апаратами Г. А. Ілізарова, внутрішній остеосинтез з використанням пластин, стержнів, гвинтів. У ранньому періоді травматичної хвороби черезкістковий остеосинтез при пошкодженнях таза і розривах його з'єднань являється методом вибору. Апарат слугує для зупинки кровотечі з ділянки переломів, стабільної фіксації кісткових уламків і сполучень тазу, попередження ускладнень з боку внутрішніх органів.

Об'єм оперативних втручань визначається загальним станом постраждалого. В скороченому обсязі черезкістковий остеосинтез проводили на загально хірургічному столі без попередньої репозиції відламків, використовуючи елементи комплекта Ілізарова – дуги, на півкілець великих розмірів, сектори. Кістки тазу фіксували різьбленими стержнями діаметром 6 мм, що вводили за допомогою спеціального троакара без контролю електронооптичного перетворювача. Це так званий фіксаційний протишоковий варіант остеосинтеза з формуванням переднього С-подібного фіксуючого компонента.

**Висновки:** проблема сучасних методів лікування неускладнених переломів тазу є досить частою і складною, що і визначає її актуальність; лікування даної патології проходить двома напрямками – скелетне ви тягіння та поза вогнищевий остеосинтез стержневим апаратом Ілізарова.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 287-288.