

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

Головаха М.Л.<sup>1</sup>✉, Богдан О.В.<sup>2</sup>, Кожемяка М.О.<sup>1</sup>, Перцов В.І.<sup>1</sup>

**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.

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

<sup>2</sup>Запорізька 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 Stopppa 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*. 4<sup>th</sup> 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.<sup>1</sup>, Bohdan O.V.<sup>2</sup>, Kozbemiaka M.O.<sup>1</sup>, Pertsov V.I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia

<sup>2</sup>Zaporizhzhia 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.<sup>1</sup>, Богдан О.В.<sup>2</sup>, Кожемяка М.А.<sup>1</sup>, Перцов В.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

<sup>2</sup>Запорожская 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.*