

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И КОСТЕЙ ТАЗА

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА

Позвоночник человека — опора тела. Он выдерживает тяжесть головы, туловища и верхних конечностей. Состоит из 32–33 позвонков:

- 7 шейных СI–CVII;
- 12 грудных — ThI–ThXII;
- 5 поясничных — LI–LV;
- 5 крестцовых — SI–SV; 3–6 — копчик CoI–CoVI.

Имеет у взрослого человека физиологические изгибы: в шейном и поясничном отделе кпереди — лордоз; в грудном и крестцовом кзади — кифоз.

Исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, Р-графия, УЗИ, КТ, МРТ.

Среди травм позвоночника наибольшего внимания заслуживают повреждения самых позвонков. Ранняя диагностика имеет огромное значение, чтобы оградить больного от вторичного повреждения спинного мозга и его корешков. Ушиб спины, повреждение связок и т. д. надо ставить только после полного исключения повреждения позвонков.

Причины:

Повреждение позвонков может быть от прямой травмы, но чаще бывает от не прямой травмы:

- осевая нагрузка на позвоночник — падение на голову (у ныряльщиков), на ягодицы, ноги;
- резкое или чрезмерное сгибание позвоночника или реже разгибание (земля, груз, стена, бревно);
- может сочетаться 2–3 механизма — хлыстовой механизм травмы (резкое сгибание и разгибание шейного отдела позвоночника при наезде на машину, резком торможении и т. д.);
- у взрослых чаще ломаются позвонки шейные, нижние и верхние грудные, нижние грудные и верхние поясничные;
- вывихи бывают чаще в шейном отделе;
- переломы бывают чаще в грудном и поясничном отделах.

Классификация:

1. Открытые (чаще встречаются в военное время — ножевые, огнестрельные) и закрытые (чаще в мирное время).
2. Травматический и патологический (сифилис, туберкулез, остеомиелит, опухоли и т. д.).
3. Неосложненный и осложненный (повреждение спинного мозга, корешков или их сдавление).
4. Одиночный и множественный.
5. По локализации:
 - перелом тел позвонков — компрессионные (клиновидные), оскольчатые, компрессионно-оскольчатые.
 - остистых отростков;
 - поперечных отростков;
 - дужек позвонков;
 - переломы в шейном отделе;

- в грудном отделе;
- в поясничном отделе;
- переломы крестца и копчика (рассматриваются в травмах таза).

6. Нестабильные и стабильные переломы.

- **Нестабильные переломы** — при них имеется тенденция к смещению позвонков (нарушается ось позвоночника).

Это наблюдается при разрушении заднего связочного комплекса (межостистые, надостные, желтые связки, межпозвоночные суставы).

Задний связочный аппарат повреждается при вывихах, перелома — вывихах, при клиновидной компрессии, если больше половины высоты тела позвонков.

Нестабильные переломы опасны сдавлением спинного мозга.

- **Стабильные переломы** — при них редко бывает сдавление спинного мозга. К ним относятся — клиновидная компрессия и отрыв передневерхнего и передненижнего угла тел позвонков (ось позвоночника не нарушается).

Клиника: диагностика в шейном отделе трудна. Выделяют общие и местные симптомы.

Общие — шок или кровотечение.

Местные: относительные:

1. Боль — наиболее частая жалоба больных — при движении усиливается, в покое не исчезает. Боль может быть локальной или корешковой, если имеется давление на корешки отломками позвонков, межпозвоночными дисками. Боль отдает по ходу иннервации этих корешков.

2. Кровоподтеки или гематома и ссадины в области нанесения травмирующей силы помогут установить механизм.

3. Вынужденное положение, особенно заметно в шейном отделе — кривошея.

4. Отечность.

5. Нарушение функции:

- при переломе в шейном отделе наклоны головы вперед и боковые движения затрудненные — больной повернуть голову не может, поворачивается всем телом;
- при переломе в грудном отделе — боль при дыхании;
- в поясничном отделе — затруднены движения — наклоны вперед, назад, наклоны вбок. Может быть кратковременная рефлекторная задержка стула и мочеиспускания, если отсутствует повреждение спинного мозга.

Абсолютные признаки:

1. Деформация — горб при переломе остистых отростков и тел позвонков — истинный — встречается редко, но надо обращать внимание на сглаженность поясничного лордоза и усиленный кифоз в грудном отделе.

2. Костная крепитация и патологическая подвижность определяются при переломе остистого отростка.

3. Боль при осевой нагрузке (определяется только лежа) — легкое поколачивание по пяткам или легкое поколачивание на голову — особенно не рекомендуется, так как имеется опасность повреждения спинного мозга.

4. Пальпация или перкуссия (осевая нагрузка) остистого отростка сломанного позвонка болезненна и выступает кзади остистый отросток — «горб».

5. Симптом «вожжей» у мускулистых людей — напряжение длинных мышц спины с обеих сторон остистых отростков (валики).

6. Увеличиваются межостистые промежутки на уровне повреждения.

7. Симптом Силина — боль при пальпации остистого отростка при поднятии прямых ног из положения лежа на спине.

8. Псевдоабдоминальный синдром — ложный «острый живот» из-за забрюшинной гематомы. Для отличия используется анестезия по Шнеку — вводят к телу позвонка 10 мл 1% новокаина.

9. Подтверждается диагноз рентгенографией — обязательно в двух проекциях, иногда еще делают и в косой проекции. На рентгенографии — клиновидная деформация.

10. При повреждении спинного мозга — параличи конечностей ниже поврежденного сегмента и тазовые расстройства — задержка мочи и стула или, наоборот, недержание мочи и кала. На уровне 1 шейного сегмента — смерть моментально — остановка сердца и дыхания.

Неотложная помощь:

Освободить от повреждающего фактора.

1. Остановить кровотечение и восстановить проходимость дыхательных путей.

2. Обезболить (кроме морфия — наркотические и ненаркотические анальгетики, новокаин между остистыми отростками, наркоз).

3. Если открытый перелом, вокруг раны обработать кожу и наложить асептическую повязку.

4. По команде (участвуют 3–4 человека) осторожно переложить больного на носилки в строго горизонтальном положении на спину, поддерживать голову и под перелом подложить валик. При переломе грудного отдела больного укладывают на живот и под грудь подкладывают подушку. Перевозят на щите, на досках (привязать!), на пневматических носилках. Если их нет, можно использовать мягкие носилки, укладывают больного на живот, под грудь подкладывают подушку.

5. Иммобилизацию шейного отдела проводят шиной Крамера, воротником Шанца — ватным или фанерным, обкладывают мешками с песком. При переломе копчика перевозят на мягких носилках на животе:

- иммобилизация осуществляется в том положении, в котором находится больной на месте происшествия;

- во время транспортировки нужно поддерживать проходимость верхних дыхательных путей, особенно при травме шейного отдела.

6. Простейшие противошоковые мероприятия: согреть содово-солевой раствор, горячее питье.

7. Бережно транспортировать в ЛПУ.

Лечение:

1. Консервативное.

2. Оперативное.

Сестра должна приготовить кровать:

1. Головной конец приподнять на 40–50 см.

2. Положить деревянный щит на сетку кровати.

3. Поверх щита матрац.

4. Застелить постель чистым бельем, закрепив его.

Консервативное лечение:

1. Одномоментная репозиция (реклинация) с последующим наложением корсета.

2. Функциональный метод (без корсета).

3. Постепенная репозиция с последующим наложением корсета.

Одномоментная репозиция: проводится, если компрессия около $1/2$ высоты тела позвонка и больше. Расправление позвонков достигаются форсированным разгибанием позвоночника на разновысотных столах (способ Джонса— Белера) или подтягиванием больного вверх за ноги (способ Девиса), или на универсальном ортопедическом столе. Однако нужно прежде хорошо обезболить по Белеру или лучше по Шнеку, но последний способ не так прост в достижении.

Продолжительность от 10 мин (под наркозом), до 40–50 мин (под местным обезболиванием).

Непосредственно после репозиции накладывают корсет в положении разгибания позвоночника — это экстензионный корсет (препятствует сгибанию позвонков). Ходить в корсете разрешают через 3 недели после репозиции. Корсет носят 4–6 мес. — съемный корсет. Одновременно проводят массаж спины и физиопроцедуры с 10 дня.

Трудоспособность восстанавливается к году.

Функциональный метод репозиции более рациональный — проводится, если небольшая компрессия, не более $1/3$ высоты тела позвонка, если отсутствует сдавление спинного мозга. Постельный режим, ранняя гимнастика. Под физиологическим лордозом подкладывают валик, чтобы разгрузить позвоночник.

С первых дней ЛФК, разгибательные упражнения на 5–6 день — легкие упражнения, чтобы укрепить мышцы спины, создать мышечный корсет.

Сидеть через 3 мес. К году восстанавливается трудоспособность. Корсет не накладывается.

Сейчас используется более рационально массаж спины и живота, упражнения все время усложняются. К концу 3-й недели больной поворачивается на живот, через 2–2,5 мес. может ходить и стоять с костылями, через 3,5–4 мес. сидеть, через 8–10 мес. восстанавливается трудоспособность, но к физическому труду человек допускается через год.

Метод постепенной репозиции: проводится, если компрессия не более $1/3$ высоты тела позвонков и при нестабильных переломах. В нижних грудных и поясничном отделе проводится репозиция валиками под поясницу, постепенно увеличивая высоту, к 7–10-му дню до 10–12 см.

Можно использовать функциональные специальные кровати, где средняя часть поднимается ручкой, можно реклинатор ЦИТО — металлический щит, или пневматический реклинатор Юмашева, который состоит из трех камер, расположенных над друг другом — 5–10–15 л. Одновременно ЛФК, массаж, физиопроцедуры.

На 15–20 день накладывают экстензионный корсет в положении лежа на спине.

Для отдыха 3–4 раза в день переворачивают больного на живот, под грудь подкладывают подушку.

На скелетном вытяжении — 2–2,5 мес.

В шейном отделе — реклинация проводится петлей Глиссона, а при повреждении трех верхних шейных позвонков — скелетное вытяжение за теменные бугры или скуловые дуги клеммой Павловича, груз 6–7 кг при переломе, при вывихе до 15 кг и более, или головной конец кровати поднимают на 50–60 см.

После реклинации через 5–7 дней накладывают полу-корсет или при стабильном переломе дальнейшее ведение может быть функциональным — ЛФК, массаж, физиотерапия.

Реклиная в верхне-грудном отделе проводят лямками или используют кольца Дельбе.

Оперативное лечение: компрессия более 1/3 высоты позвонка проводится при:

- открытых переломах;
- когда не удастся консервативным способом произвести реклинацию;
- при множественных переломах;
- при повреждении спинного мозга.

Задачи операции:

1. Произвести открытую реклинацию;
2. Зафиксировать — используется задняя или передняя фиксация. Для фиксации имеется различные металлические пластинки, стяжки и т. д.

Перелом поперечных отростков

Чаще механизм не прямой, в поясничном отделе. Преимущественно перенапряжение мышц спины, реже прямой удар.

Клиника:

1. Боль — на 2–3 пальца от средней линии спины.
2. Боль усиливается при поднятии прямых ног.
3. Боль при пальпации паравертебральных линий.
4. Болезненные наклоны в бок (в здоровую сторону).
5. Может быть симптом «прилипшей пятки» (не может оторвать ногу от кровати) на пораженной стороне.
6. Диагноз устанавливается на Р-графии в двух проекциях.

Неотложная помощь (описано выше).

Лечение: Консервативное:

1. Обезболивание — 0,5% — 10 мл новокаина в область перелома.
2. На щите — 2–3 недели.
3. Поза лягушки для расслабления поясничных мышц.
4. ЛФК, массаж, физиотерапия.
5. Трудоспособность восстанавливается через 4–6 недель.

Если имеется сдавление спинного мозга или корешков, тогда операция — ламинэктомия.

Перелом остистых отростков

Причины:

1. Удар сзади — прямая или не прямая травма (резкое сгибание или переразгибание).
Чаще в шейном отделе.

Клиника:

1. Боль в области патологии, усиливается при сгибании и разгибании.
2. Припухлость.
3. Болезненность.
4. Углубление между отломками.
5. Деформация — «горб» — при смещении отломков.
6. Костная крепитация.
7. Патологическая подвижность.
8. Ограничение движения.
9. Р-графия подтверждает.

Неотложная помощь: описано выше.

Лечение:

1. Обезболить 0,5–1% новокаин по 5 мл в область перелома.
2. Постельный режим 2–3 недели. ЛФК, массаж, физиопроцедуры.
3. Трудоспособность восстанавливается через 3–5 недели (1–1,5 мес.).

Уход с решением проблем за пациентом с повреждением позвоночника:

1. На догоспитальном этапе осмотр проводить осторожно, особенно с подозрением на повреждение шейного отдела позвоночника, одежду разрезать, но через голову не снимать.

2. Перекладывают на носилки несколько человек по команде, надо обеспечить проходимость дыхательных путей во время транспортировки.

3. Могут возникнуть осложнения (контроль — АД, пульс, ЧДД, зрачки, кожные покровы), ОДН, эмболии легочной артерии, пролежни, уроинфекция, нарушение мочеотделения и дефекации. Их легче предупредить, чем лечить. Медсестра должна постоянно наблюдать за состоянием больного, она должна своевременно заподозрить и предупредить осложнения.

Социальная проблема — уменьшить инвалидность. Медсестра должна контролировать занятия ЛФК для верхних и нижних конечностей.

При функциональном способе лечения — контролировать объем и регулярность физических упражнений в зависимости от периода лечения. К концу IV периода — 60–80-й день можно стоять на ногах 10–20 мин, затем несколько часов в день. Через 2–2,5 мес. свободно ходить без костылей, но не нагибаться. Сидеть можно через 3,5–4 мес. Трудоспособность восстанавливается через 8–10 мес., к тяжелому физическому труду человек допускается только через год.

При повреждении спинного мозга:

1. Противопрележневый матрац.
2. Мероприятия по профилактике пролежней.
3. Простыни должны быть сухими, чистыми без складок.
4. Регулярно менять положение больного (если разрешено врачом).
5. Профилактика контрактур в суставах нижних конечностей — используют съемные гипсовые лонгеты, упоры под стопы под углом 90° для профилактики «конской» стопы (отвисания).
6. При задержке мочи — 2 раза в день катетеризация или наложение эпицистостомы с постоянным промыванием — профилактика уросепсиса.
7. Профилактика легочных осложнений.
8. Валик под поясницу, чтобы не провисал позвоночник.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА

Повреждение костей таза составляет 4–7% всех переломов и относится к группе тяжелых травм. Перелом костей таза сопровождается наиболее тяжелым шоком, что обусловлено раздражением множественных рецепторов (боль) и массивным кровотечением в забрюшинную клетчатку из губчатых костей.

Функция таза — опорность таза — обусловлена целостностью тазового кольца. Тазовое кольцо образовано крестцом, телами подвздошных костей, лобковыми и седалищными костями, лобковым и крестцово-подвздошными сочленениями.

Классификация: механизм — прямой и непрямой.

- открытый и закрытый;
- одиночный и множественный;
- односторонний и двусторонний;
- неосложненный и осложненный;
- без смещения и со смещением.

Краевые переломы — перелом костей, не участвующих в образовании тазового кольца:

- перелом остей;
- перелом седалищных бугров;
- перелом копчика;
- поперечный перелом крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения;
- поперечный перелом крыла подвздошной кости.

Переломы, не нарушающие тазовое кольцо, — перелом костей, образующих тазовое кольцо — прочность тазового кольца снижается, но опорность сохраняется, так как обе половины остаются связанными с крестцом:

- одно- или двусторонний перелом одной и той же ветви лобковой кости;
- одно- или двусторонний перелом седалищных костей;
- перелом одной ветви лобковой кости с одной стороны и седалищной с другой.

Переломы, нарушающие целостность тазового кольца:

- резко нарушается опорность таза;
- вертикальный перелом крестца;
- разрыв крестцово-подвздошного сочленения;
- вертикальный перелом подвздошной кости;
- перелом обеих ветвей лобковых костей с одной или с двух сторон;
- перелом лобковой и седалищной костей с одной или с обеих сторон;
- разрыв симфиза;
- перелом типа Мальгенья — односторонний, двусторонний, косой — нарушается и переднее и заднее полукольца.

Перелом вертлужной впадины:

- перелом краев вертлужной впадины;
- перелом дна вертлужной впадины — центральный вывих бедра.

Клиника: выделяют общие и местные симптомы.

Общие симптомы: повреждения таза в 30% случаев сопровождаются шоком. Особенностью этого шока является то, что кроме болевого компонента, обусловленного раздражением богатой рефлексогенной зоны, всегда имеется значительная кровопотеря в забрюшинную клетчатку (до 1,5–2 л крови).

Краевые переломы, как правило, возникают при прямом механизме травм, когда сила удара приходится непосредственно на кость.

Местные симптомы:

Отрыв остей: ости отрываются при резком сокращении мышц (бег, футбол), они протекают легко, редко развивается шок.

Клиника:

- припухлость, болезненность, кровоподтек;
- при отрыве остей — удлинение расстояния между пупком и остями, расстояние между остью и надколенной чашечкой укорачивается — ложное впечатление укорочения конечности;

- «задний ход» Лозинского — больной не может идти вперед из-за резкой боли (сокращение мышц, прикрепленных к ости), поэтому больной ходит спиной вперед, так как при этом боль значительно меньше выражена.

Помогает поставить диагноз рентгенография.

При переломе крыла подвздошной кости:

- боль;
- нарушение функции; ограничение движения в тазобедренном суставе. На стороне повреждения — давление на крыло болезненно;
- иногда патологическая подвижность и костная крепитация;
- **укорочение расстояния от пупка или от мечевидного отростка к передней верхней ости, так как крыло смещается кверху.**

Помогает поставить диагноз Р-графия.

Поперечный перелом крестца и копчика:

Крестец и копчик ломаются при падении на ягодицы.

- боль в области перелома;
- затруднение и боль во время диуреза;
- боль при сидении;
- припухлость и кровоподтек в области крестца и копчика;
- **при пальпации, исследовании через прямую кишку — болезненность, патологическая подвижность, дистальный отломок вдавлен в прямую кишку;**
- если повреждены отломками крестцовые нервы — недержание мочи и потеря чувствительности в области ягодиц.

Рентгенография подтверждает диагноз.

Переломы, не нарушающие тазовое кольцо:

Механизм обычно прямой, но может не прямой, когда происходит сдавление в переднезаднем направлении:

- боль в области лобка или промежности на стороне перелома;
- боль усиливается при движении ног;
- **симптом Габая — при повороте со спины на бок больной поддерживает ногу поврежденной стороны таза голенью или стопой здоровой стороны. При повороте из бокового положения на спину больной сохраняет это положение;**
- сдавление таза с боков и в переднезаднем направлении болезненно (болезненная осевая нагрузка);
- при пальпации болезненность;
- **симптом «прилипшей пятки» (при переломе лобковой кости) — не может оторвать прямую ногу от пола или кровати, но если поднять, удерживает, однако чаще не поднимает и не удерживает.**

Переломы, нарушающие тазовое кольцо, — тяжелые и наиболее часто встречающиеся (50%). Часто бывает повреждение тазовых органов и сопровождается шоком. Чаще не прямой механизм — сдавление таза в переднезаднем направлении или с боков, падение с большой высоты.

Разрыв симфиза может быть во время родов:

- боль в области таза и промежности;
- боль усиливается при движении в ногах;
- **положение вынужденное;**
- **при разрыве симфиза бедра сведены и слегка согнуты, попытка их развести вызывает резкую боль;**

- болезненная осевая нагрузка;
- при разрыве симфиза, если большое расхождение лобковых костей, иногда пальпируется (через прямую кишку) промежуток между ними (ширина лонного сочленения до 18 лет 6 мм, а потом до 2 мм);
- положение «лягушки» — ноги согнуты в коленных суставах и разведены (симптом Волковича) — при переломе верхних ветвей лобковой и седалищной
- пальпация в области лобковых и седалищных бугров болезненна.

Перелом типа Мальгенья — тяжелая травма, всегда сопровождается шоком. Механизм часто вызван сдавлением, редко падением с высоты.

- боль в области перелома;
- резкое нарушение функции н/конечностей;
- кровоподтеки в области мошонки, промежности;
- асимметрия половины таза — половина смещается вверх на 2–3 см, измеряется расстояние от мечевидного отростка до передней верхней ости с обеих сторон;
- патологическая подвижность при определении осевой нагрузки;
- болезненная осевая нагрузка.

Перелом вертлужной впадины — тяжелый перелом дна вертлужной впадины с центральным вывихом бедра — бедро уходит в полость малого таза.

Механизм только не прямой — боковое сдавление в области большого вертела бедра или нагрузка оси:

- боль в области тазобедренного сустава;
- нарушение функции тазобедренного сустава;
- нога укорачивается;
- западение большого вертела;
- боль при осевой нагрузке на бедро и поколачивании по большому вертелу.

Неотложная помощь:

1. Остановить кровотечение.
2. Обезболить, если нет повреждения внутренних органов:
 - наркотические и ненаркотические анальгетики;
 - блокада Школьниковой — Селиванова;
 - пресакральная блокада (копчик, крестец);
 - обезболивание места перелома (крестец, копчик, разрыв симфиза).
3. Осторожно переложить пациента на носилки.
4. Иммобилизация на щите или на вакуумных носилках в позе «лягушки» (больной лежит на спине, под коленными суставами валик, ноги согнуты в суставах и разведены).
5. Если шок — противошоковые кровезаменители перед транспортировкой.
6. Транспортировать бережно в ЛПУ.

Лечение:

Консервативное и оперативное:

Консервативное лечение

Краевые переломы — перелом остей.

1. Обезболить — 1% — 20 мл новокаина в область перелома.

2. Пациент лежит на щите, ногу укладывают на шину

Белера — разгрузка перелома; в положении легкого отведения — для расслабления мышц, которые прикрепляются к остям, 2 недели.

Если не удается, тогда операция — фиксация шурупом или костным штифтом. ЛФК, массаж, физиотерапия.

Поперечный перелом подвздошной кости:

- обезболивание — внутритазовая блокада;
- разгрузка перелома — расслабить мышцы: на шину Белера укладывают ногу;
- если значительное смещение — укладывают в гамак, который прикрепляется к балкам без груза;
- постельный режим 3 недели;
- ЛФК, массаж, физиотерапия.

Перелом крестца и копчика:

- обезболивание в область перелома 1% — 20 мл новокаина или пресакральная блокада;
- укладывают на щит, под поясничный отдел позвоночника и проксимальный отдел крестца подкладывают широкий валик так, чтобы нижний отдел крестца и копчика не касались постели, нависая над ней;
- можно гамак (навесной);
- свечи с белладонной, теплые клизмы;
- постельный режим 3 недели;
- ЛФК, массаж, физиопроцедуры.

Если консервативное лечение без эффекта — больных оперируют.

Переломы, не нарушающие тазовое кольцо:

- обезболивание местно, можно — внутритазовую блокаду;
- при одностороннем переломе кладут на шину Белера в положении «отведения»;
- при двусторонних переломах на щите в позе «лягушки» или на функциональной кровати.
- ЛФК, массаж, физиопроцедуры;
- постельный режим 4–5 недель;
- протекают благоприятно, трудоспособность восстанавливается через 10–12 недель.

Переломы, нарушающие тазовое кольцо:

Перелом переднего полукольца без смещения:

- поза «лягушки» 5–6 недель;
- с 1-й недели ЛФК, массаж.

При переломе по типу «бабочки» (перелом лобковых и седалищных костей с обеих сторон со смещением):

- поза «лягушки» на щите;
- чтобы расслабить мышцы, прикрепленные к лобковым костям, под туловище подкладывают дополнительные подушки — сгибают туловище, так сближают костные фрагменты, если не удается — скелетное вытяжение через бедро 4–5 кг.

При разрыве симфиза:

- гамак, концы перекрещивают над рамами и закрепляют грузом. Если не сближаются, остается «утиная походка» — операция;
- фиксируют или проволокой через запирающее отверстие, или пластиной сверху симфиза;
- ЛФК, массаж, физиопроцедуры;
- гамак 6 недель с перекрестной тягой.

При переломе заднего полукольца (встречается редко):

- гамак без груза, если имеется смещение;
- скелетное вытяжение за ногу;
- постельный режим 8–9 недель;
- если не удается сопоставить — операция.

Перелом Мальгения:

1. Борьба против шока.
2. Без смещения — в гамак без перекрестной тяги, скелетное или клеевое вытяжение за оба бедра на шинах Белера 4–5 кг на каждую ногу.
3. При смещении — скелетное вытяжение в положении «Отведения» за мышелки бедра — 10–14 кг.

Перелом вертлужной впадины:

- обезболивание внутрь сустава — 20 мл — 2% новокаина или внутритазовая блокада;
- скелетное вытяжение за мышелки бедра (по оси) и боковое;
- противотяга за изогнутую (штыкообразно) спицу (Ключевский) или длинный шуруп (Лавров), введенный в подвертельную область;
- рано начинать ЛФК, массаж, физиопроцедуры.

Сроки постельного режима:

1. Краевые переломы — 2–3 недели.
2. Не нарушающие целостность тазового кольца — 4–5 недель.
3. Нарушающие тазовое кольцо без смещения — 6–7 недель.
4. Нарушающие тазовое кольцо со смещением — 8–9 недель.
5. По типу Мальгения — 10–11 недель.
6. Перелом дна вертлужной впадины — 10–11 недель.

Осложнения: повреждение органов — мочевого пузыря, уретры, прямой кишки, матки и др.

Уход с решением проблем:

Пациенты с первых дней занимаются ЛФК, получают массаж.

При наличии цистостомы необходимо ухаживать за кожей вокруг цистостомы, промывать мочевой пузырь, осуществлять контроль за мочеиспусканием и дефекацией.

При переломе Мальгения со скелетным вытяжением судно подают пациенту втроем: двое за гамак приподнимают таз больного, а третий подкладывает судно со стороны вытяжения.