

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Реферат на тему:
«Переломы костей таза»

Выполнила:
ординатор 1 года
Денисова Анастасия Юрьевна

Красноярск, 2020 год

Повреждение таза – повреждение скелета связанное с переломами безымянных костей, крестца или разрывами сочленений таза. Тяжесть травмы обусловлена степенью разобщения составляющих таз элементов относительно друг друга. Летальность напрямую связана с возможностью большой потери крови, истекающей из отломков костей таза, мягких тканей, а также развитием шока, обусловленного болевым синдромом и кровопотерей. Повреждения таза могут сопровождаться травмой внутренних органов, утяжеляющей состояние больного и представляющей непосредственную опасность для его жизни.

В лечебно-тактическом отношении таз условно разделяют на 3 части:

- а) заднее полукольцо – кзади от линии, проведенной вдоль заднего края тела седалищной кости (это 1/3 крыльев подвздошных костей, крестцово-подвздошные соединения, крестец, iv – v поясничные позвонки;
- б) переднее полукольцо – кпереди от линии, проходящей по переднему краю вертлужной впадины;
- в) средняя часть тазового кольца – располагается между двумя условными полукольцами (а и б) – включает вертлужную впадину.

Характер травмы оценивается по стабильности задних отделов тазового кольца, которая означает способность костей и соединений таза выдерживать физиологические нагрузки без болевого синдрома и патологических смещений. Тазовое кольцо считается стабильным, если амплитуда движений в крестцово-подвздошных суставах и лобковом симфизе не превышает 1 – 3 мм при воздействии внешней силы. Основное значение в стабилизации таза имеет задний связочный комплекс, являющийся при тяжелых травмах «ключом» нестабильности. Выделяют 2 основных вида нестабильности:

- 1) **ротационную** с вращением половины (или обеих половин) таза кнаружи от передне-заднего сжатия («открытая книга») или вращением кнутри от бокового сдавления («закрытая книга»);
- 2) **вертикальную** – со смещением половины таза (или обеих половин) кверху (краниально).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Наибольшее признание и распространение получила классификация m. Tile (1987), модернизированная группой AO(v.muller, 1990). В соответствии с этой классификацией повреждения таза делят на 3 группы в зависимости от стабильности заднего отдела таза.

A — задний комплекс стабильный, с минимальным смещением и, как правило, без нарушения целостности тазового кольца

A1 - отрывные переломы безымянной кости

A2 - повреждение переднего полукольца при стабильном заднем полукольце. Часто лишь при помощи КТ может быть выявлено сочетанное повреждение заднего комплекса, при котором, однако, смещение отсутствует и тазовое кольцо стабильно

A3 - поперечные переломы крестца и копчика. Выявляемые клинически нестабильные повреждения тазового кольца проявляются либо в виде ротационной нестабильности - тип В, либо в ее сочетании с вертикальной нестабильностью - тип С.

B1 («открытая книга») имеется неполное одностороннее повреждение заднего полукольца с наружной ротацией половины таза. Частичный разрыв крестцово-подвздошного сочленения или перелом боковой массы крестца ниже уровня S2 позвонка.

B 2 (боковая компрессия)– имеется неполное повреждение заднего полукольца с внутренней ротацией половины таза. Перелом боковой массы крестца на уровне S1,S2 или перелом крыла подвздошной кости.

B 3 – двустороннее неполное повреждение задних отделов таза. Двусторонняя наружная или внутренняя ротация половин таза или сочетание наружной и внутренней ротации («смятая книга»).

Смещение половины таза кзади и кверху в вертикальной плоскости возможно лишь при разрыве заднего крестцово-подвздошного комплекса и повреждении диафрагмы тазового дна.

С – повреждение задних отделов таза с вертикальной нестабильностью, полное разобщение половины таза от осевого скелета.

С 1 – односторонний отрыв половины таза от осевого скелета. Повреждение крестцово-подвздошного сочленения, перелом крестца, подвздошной кости или сочетанием этих повреждений.

С 2 – двустороннее повреждение - односторонний полный отрыв заднего отдела таза от осевого скелета, на противоположной стороне – одно из видов ротационного повреждения.

С 3 – двусторонний полный отрыв половин таза от осевого скелета.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Диагностика повреждений таза в остром периоде травмы затруднена тяжелым общим состоянием пострадавших, требующим проведения реанимационных и противошоковых мероприятий. В таких случаях вопрос о травме таза решается исключительно с учетом клинических данных: внешнего осмотра и пальпации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА

К местным симптомам переломов костей таза относятся:

- симптом Н.М.Волковича - вынужденное положение пострадавшего лежа с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами с отведением и ротацией бедер наружу,
- симптом Вернея – боль в месте перелома усиливается при встречном сдавлении правой – левой половины таза,
- симптом Ларрея – усиление болей при разведении крыльев подвздошных костей,
- симптом Стаддарта - болей в крестцово-подвздошном суставе при сведении и разведении подвздошных костей, асимметрия таза, патологическая подвижность при боковом сжатии и разведении крыльев таза, кровоподтеки в промежности и области мошонки, гематома и отек мягких тканей в области перелома, боль в промежности, паховой, лобковой, крестцовой областях.
- Боль усиливаются при движениях ног, пальпации и сдавлении и разведении крыльев таза, при подвижности костных отломков определяется костная крепитация, при отрыве передне-верхней ости наблюдается визуальное укорочение конечности, обусловленное смещением отломка кнаружи и книзу и симптом заднего хода (при движении ногой назад пациент испытывает меньшую боль, поэтому ходит спиной вперед).
- Наличие неврологического дефицита функции L5-S5 корешков может свидетельствовать о повреждении тазового кольца и переломов крестца, иногда переломы костей таза сопровождаются признаками повреждения внутренних органов (клиникой «острого живота»), которые могут быть обусловлены как травмой внутренних органов, так и забрюшинной гематомой при переломе костей таза в задних отделах или гематомой в передней брюшной стенке при переломе лобковых костей,
- При повреждении уретры развивается: задержка мочи, кровотечение из мочеиспускательного канала, кровоподтек в области промежности. При разрывах мочевого пузыря возникают нарушения мочеиспускания, развивается гематурия.
- Обязательно при повреждении таза вагинальное и ректальное исследование. При этом определяется гематома, выступающие костные отломки. Через влагалище пальпируются сместившиеся отломки лонных седалищных костей, области вертлужной впадины.
- Травматический шок часто сопровождает повреждения таза, он обусловлен болевыми раздражениями и кровопотерей в клетчатку обширного забрюшинного пространства, оно вмещает до 3-5,5 литра крови. Обычно, забрюшинные (внутритазовые гематомы) располагаются в области малого и большого таза, а при обильном продолжающемся кровотечении распространяются до почек, диафрагмы. Они считаются обширными, если доходят до верхнего полюса почек, средними – когда достигают нижнего полюса почек.

Окончательное формулирование диагноза возможно после проведения рентгенологического обследования. Рентгенография и компьютерная томография таза имеет решающее значение для дальнейшей тактики лечения больных.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Полипроекционная рентгенография является ведущим методом диагностики повреждений таза. Для создания трехмерного образа повреждения необходимо как минимум две проекции, которые в идеальном случае сделаны под углом близким к 90 градусам друг к другу.

При подозрении на повреждение таза, для общей оценки повреждения производят обзорную рентгенографию в прямой проекции в положении больного лежа на спине, внутренней кривой и в некоторых случаях наружной кривой проекции. При переломах вертлужной впадины применяются дополнительные косые вертлужные проекции запирательная и подвздошная.

Рентгенографию желательно производить на стационарном рентгеновском аппарате, т.к. качество снимков, сделанных на передвижных аппаратах, в большинстве случаев не позволяет достоверно судить о характере повреждений, особенно при небольших смещениях и у тучных больных.

Правильно сделанный прямой обзорный снимок таза должен полностью захватывать седалищные кости и крылья подвздошных костей. При правильной укладке больного (без ротации таза) остистые отростки крестца должны быть на одной линии, запирательные отверстия должны иметь округлую форму, что говорит об отсутствии проекционных искажений на снимке.

На обзорных проекциях таза отмечают:

- непрерывность контуров безымянных костей и крестца
- непрерывность и симметричность контуров отверстий крестца
- симметричность ширины щели крестцово-подвздошных сочленений и тазобедренных суставов
- симметричность половин крестца, крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов, запирательных отверстий относительно осевой линии крестца и горизонтальной линии
- равномерность щели лонного и крестцово-подвздошных сочленений и соответствие их ширины возрасту пострадавшего
- расположение головки бедра относительно вертикальной линии проведенной из большой седалищной вырезки

Большую помощь в диагностике повреждений таза, особенно при небольших смещениях, оказывают измерения положения симметричных рентгенологических ориентиров

безымянных костей относительно оси позвоночника. Фактическое вертикальное смещение можно измерить по фасной проекции между линиями, проведенными перпендикулярно оси позвоночника, на уровне: нижнего края суставной поверхности крестцово-подвздошных сочленений, седалищных бугров, тазобедренных суставов.

Повреждение переднего и заднего полукольца биомеханически взаимосвязаны. Нарушение непрерывности в одном полукольце создает предпосылки для тех или иных нарушений в другом. Так как заднее полукольцо намного превосходит переднее по прочности, то та сила, разрушила его и сместила, обязательно разрушит и переднее. В то же время разрыв или перелом переднего полукольца со смещением, обязательно вызовет какое-либо повреждение заднего. Для правильного анализа изображения необходимо соблюдать логические правила, такое, например, как невозможность разрыва кольца в одном месте, обязательно будет как минимум два компонента повреждения. Таким образом, если имеются признаки явного повреждения тазового кольца в одном месте – нужно искать второй компонент. Такими кольцами в тазу являются так же запирающие отверстия не может быть единичного перелома со смещением одной седалищной или лонной костей. Если второй компонент повреждения не выявляется на одной проекции, значит, для его обнаружения требуется более качественный снимок, дополнительная проекция или компьютерная томография

Следует обращать внимание на направление смещения костей - расхождение или сжатие, что может подсказать механизм травмы и предположить возможные смещения других компонентов повреждения.

При выявлении по прямой обзорной рентгенографии перелома с нарушением непрерывности тазового кольца, а так же при подозрении на повреждение задних отделов таза с целью уточнения характера повреждений необходимо произвести внутреннюю косую обзорную рентгенографию таза, которая производится с наклоном рентгеновского луча под углом 30о-40о сверху вниз в сагиттальной плоскости.

Правильно сделанный внутренний косой обзорный снимок таза должен полностью захватывать седалищные кости, запирающие отверстия не должны быть видны или иметь форму узких овалов, отверстия крестца почти сливаются в одну линию. Для правильной проекции важно, чтобы у пациента был сохранен поясничный лордоз и крестец был максимально наклонен, поэтому рентгенографию лучше делать с небольшим валиком под поясницей.

По внутренней косой проекции хорошо виден вход в малый таз, повреждения задних отделов (переломы крестца, разрывы крестцово подвздошного сочленения), отмечается смещение половин таза в сагиттальной плоскости.

Наружная косая обзорная рентгенография таза производится под углом 30о- 40о снизу вверх. При правильно сделанной проекции лонное сочленение накладываются на середину крестца. Эта проекция наименее информативная, поэтому её производят редко для уточнения характера смещения при переломах крестца, а также количественного определения вертикального смещения половины таза.

Применение томографических (КТ или МРТ) методов исследования значительно повышает точность постановки диагноза и при наличии возможности ее проведения должно быть обязательным во всех случаях, так как чувствительность рентгенографического обследования при невыраженных смещениях тазовых костей составляет 67%.

АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Рентгенометрия, в том числе функциональная, является основным инструментом дифференциальной диагностики. Распределение по группам проводится путем исключения более тяжелого повреждения.

Визуальными признаками вертикальной нестабильности (Тип С) являются: Ступенеобразное смещение задних отделов таза более чем на 5мм кверху или кзади. Перелом поперечного отростка L5 позвонка на стороне повреждения. Соответственно, если этих признаков нет, повреждение нельзя трактовать как вертикально-нестабильное.

Визуальными признаками ротационной нестабильности (тип В) являются: Смещение в передних отделах таза более 5 мм (суммарный диастаз или захождение отломков друг за друга), при отсутствии признаков вертикальной нестабильности.

Суммарный диастаз в передних отделах таза более 2,5 см. может быть свидетельством двустороннего ротационного повреждения таза так и одностороннего вертикального повреждения, является дополнительным показанием к томографическому исследованию.

При полном отсутствии повреждений заднего полукольца таза или наличии переломов без смещения (доказанных функциональной пробой) можно диагностировать стабильное повреждение таза (тип А).

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

Догоспитальная помощь.

Фактором, непосредственно влияющим на исход травмы таза, является объем догоспитальной помощи на месте происшествия, а также во время транспортировки пострадавшего в специализированное лечебное учреждение. Наряду с проведением инфузионной терапии, объем догоспитальной помощи должен включать иммобилизацию

таза, которая существенно повышает эффективность противошоковой терапии, предотвращает вторичное смещение костных отломков, способствует щадящей транспортировке с места происшествия в больницу, а затем в период пребывания больных в реанимационном отделении, достаточная жесткость иммобилизации таза повышает эффективность противошоковых мероприятий, облегчает выведение больных из шока;

Госпитальная помощь

Значительное число травматологов в лечении таких больных различают два периода: острый период, в котором лечение направлено на спасение жизни больного, и восстановительный, цель которого — коррекция смещенных отломков костей таза. В зависимости от конкретных обстоятельств (выраженность кровопотери, наличие или отсутствие повреждений внутренних органов и др.) лечение переломов таза проводят либо одновременно с оказанием неотложной реанимационной помощи, либо после выведения больного из тяжелого состояния. Однако, следует учесть, что сроки выполнения репозиции с использованием стандартных приемов ограничиваются за счет быстрого образования рубцов и появлением тугоподвижности отломков уже после двух недель после травмы.

Первый (острый) период лечения.

В ряду неотложных противошоковых мероприятий у гемодинамически-нестабильных пациентов стоит экстренная фиксация нестабильных повреждений таза (тип В,С). Конкретная цель – стабилизация тазового кольца и уменьшение патологически увеличенного объема таза, что относится к повреждениям типа В1, В3 и С. Повреждения от бокового сжатия как правило являются гемодинамически стабильными и не требуют экстренной фиксации за исключением множественных и сочетанных повреждений, когда требуется скорейшая мобилизация пострадавшего для лечения других повреждений. Методом выбора у этих пациентов является стабилизация таза аппаратом наружной фиксации (АНФ). Щипцы Ганца не обеспечивают стабильность, ограничивают мобильность пострадавшего в постели и затрудняют уход, особенно за больными в коме. Ножки щипцов, введенных в толщу ягодичных мышц через толстую клетчатку относительно близко от промежности, быстро инфицируются, а уход за ними достаточно сложен.

Наружная стабилизация костей таза посредством АНФ значительно эффективнее, чем щипцами Ганца, и ненамного сложнее. Показания к наложению АНФ по сравнению с тазовыми щипцами более расширенные, благодаря тому, что с их помощью достигаются более точное восстановление тазового кольца и надежная фиксация в двухплоскостном расположении.

Важным является понимание того, что надежная стабилизация тазового кольца аппаратами типа «передняя рама» возможна лишь у пострадавших с ротационно-нестабильными повреждениями таза (тип В), при вертикальной нестабильности необходимо сочетание АВФ со скелетным вытяжением, т.к. ни одна передняя конструкция не способна удерживать задние отделы таза от смещения.

Второй (восстановительный) период лечения.

Данные как отечественной, так и зарубежной литературы убедительно свидетельствуют о том, что прогресс достигнут в лечении пострадавших с такими травмами главным образом в первом периоде и в меньшей степени - во втором, восстановительном.

В течение последнего десятилетия летальность от шока и кровотечения при сложных переломовывихах таза снижена почти вдвое и составляет 10-13 %. Результаты восстановительного лечения и реабилитации больных со сложными повреждениями таза ниже, а инвалидность достигает 20-25%. В результате неустраненных смещений костей таза наблюдаются стойкие статико-динамические и неврологические расстройства, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом и полностью или частично лишаящие больных трудоспособности. В настоящее время в литературе почти не оспаривается необходимость точного сопоставления отломков при переломах и переломовывихах таза, однако существует мнение, что нет полной зависимости между степенью анатомического восстановления тазового кольца и функциональными исходами. Удовлетворительной репозицией считается смещение в задних отделах менее 5 мм, в передних менее 15мм, при восстановленной стабильности тазового кольца и асимметрии тазобедренных суставов не более 1см.

Лечение повреждений типа А.

При стабильных повреждениях таза сохранен связочный комплекс задних отделов таза, задние и передние крестцово-подвздошные связки, крестцово-седалищные связки. Подвздошные кости остаются неподвижными относительно крестца. Основными повреждениями, требующими репозиции в данных случаях, являются переломы со смещением передних отделов таза, например, двусторонние переломы седалищной и лонной костей, отрывные переломы безымянной кости, поперечные переломы крестца с неврологическим дефицитом.

Как правило, лечение консервативное – постельный режим до исчезновения болевого синдрома. В редких случаях, когда имеется значительный диастаз между фрагментами, проводится остеосинтез винтами и пластинами.

Лечение повреждений типа В.

Принципиальное отличие в лечении ротационных повреждений от вертикально нестабильных заключается в том, что в этих случаях не требуется скелетное вытяжение, и для восстановления стабильности тазового кольца достаточно фиксировать только передние отделы таза. Дополнительная малоинвазивная фиксация задних отделов может быть целесообразна только для более ранней активизации пациента и при невозможности достичь оптимальной для физиологических нагрузок прочности передних отделов таза.

При повреждениях типа В1 односторонняя «открытая книга» требуется сведение половин таза. Использование гамака или корсета не обеспечивает достаточной стабильности на весь период до сращения отломков, создает дополнительные трудности и дискомфорт при уходе, поэтому большинство авторов предпочитают оперативное лечение – открытый или закрытый остеосинтез передних отделов таза. Выбор остеосинтеза зависит от вида повреждений переднего полукольца.

При переломах ветвей лонной кости, предпочтительно применение закрытого остеосинтеза восходящей ветви лонной кости трансфрактурным винтом, аппаратом внешней фиксации или комбинацией методов. При неудаче закрытой репозиции показано открытое вмешательство надлобковым доступом с фиксацией лонной кости пластиной или винтом.

При разрыве лонного сочленения для формирования прочных рубцов необходим плотный равномерный контакт лонных костей на площади не менее 50% лонного сочленения, достигнутый в ближайшие 5-7 суток после травмы. Если время упущено или контакт недостаточный существует большая вероятность несостоятельности сращения. Поэтому большинством авторов предпочтение отдается открытой репозиции и внутренней фиксации лонного сочленения пластинами, за исключением случаев инфицирования надлобковой области, когда чрескостный остеосинтез является методом выбора для окончательной фиксации.

При повреждениях от бокового сжатия типа В2 односторонняя «закрытая книга» требуется разведение половин таза. Использование гамака или корсета приводит к обратному эффекту и не должно применяться. В положении больного на спине происходит самопроизвольное расправление таза за счет давления на задние ости безымянных костей, поэтому оптимальным способом лечения этого вида повреждений является консервативный. Исключение составляют те случаи, когда необходима ранняя мобилизация больного для лечения других повреждений. Методом выбора является закрытый остеосинтез – введение трансфрактурного винта в лонную кость или АВФ. При этом повреждение лонного сочленения при повреждениях В2 не является показанием к открытому остеосинтезу, т.к.

восстановление стабильности тазового кольца происходит исключительно за счет задних отделов.

При двусторонних ротационно-нестабильных повреждениях типа В3 клиническое состояние больных, как правило, значительно более тяжелое, что связано с увеличением общей нестабильности таза, что требует его экстренной хирургической стабилизации. При повреждениях типа двусторонняя «открытая книга» производится сведение половин таза, при двустороннем боковом сжатии разведения половин таза.

При разнонаправленном смещении половин таза («смятая книга») стандартные приемы репозиции (сведение или разведение крыльев таза) не приводит к желаемому результату.

Методом выбора является применение приемов чрескостной репозиции и последующей внутренней фиксации не только передних отделов таза, но и задних.

В случаях когда нестабильность задних отделов при повреждениях типа В2 локализуется на уровне подвздошной кости методом выбора следует считать открытый остеосинтез крыла подвздошной кости пластинами.

Лечение повреждений типа С.

Принципиальное отличие лечения повреждений таза с вертикальной нестабильностью заключается в необходимости восстановления длины конечности (перемещения смещенной половины таза дистально и кпереди) и обязательной фиксации задних отделов таза.

Перемещение может быть осуществлено за счет: скелетного вытяжения, тягой с помощью приспособлений операционного стола, аппаратом внешней фиксации, специальными инструментами во время открытой репозиции.

Больные с вертикально-нестабильными повреждениями таза чаще всего являются гемодинамически нестабильными и нуждаются в противошоковых мероприятиях. Ортопедическая помощь, как правило, разделяется на два этапа.

В экстренном порядке после устранения грубых смещений скелетным вытяжением накладывают «переднюю раму» аппарата с жесткой фиксацией крыльев подвздошных костей. Скелетное вытяжения не прекращают до второго, восстановительного этапа.

После стабилизации общего состояния больного проводят окончательную репозицию и фиксацию повреждений. Оптимальным является одномоментное восстановление анатомии тазового кольца и внутренняя фиксация.

При разрыве крестцово-подвздошного сочленения или переломе боковой массы крестца фиксация может быть выполнена путем введения илиосакрального винта, остеосинтеза по образной пластиной, болтом стяжкой, транспедикулярными системами, а так же кольцевым

аппаратом внешней фиксации. При переломе подвздошной кости методом выбора является открытый остеосинтез крыла пластинами и винтами.

При двусторонних вертикально-нестабильных повреждениях основным принципом репозиции является хирургический перевод повреждения в унилатеральное. В случаях повреждений класса С2, при которых у одной из половин таза имелся полный разрыв задних отделов - основное повреждение, а контралатеральное повреждение неполное (ротационное) — в первую очередь выполняют репозицию и фиксацию ротационного компонента затем лечение вертикального компонента проводится теми же способами, что при унилатеральных вертикально-нестабильных повреждениях класса С1.

Для репозиции двусторонних вертикальных смещений показана методика создания «условно неповрежденной стороны» : одна из половин таза в задних отделах фиксируется в исходном положении за счет соединения с осевым скелетом при помощи илиосакрального винта или аппарата внешней фиксации.

Оказание медицинской помощи при ранениях мягких тканей таза.

Раны размером до 1 см в диаметре, не сопровождающиеся наружным кровотечением, внутритканевой гематомой не подлежат хирургической обработке. Производится консервативное лечение (туалет ран, обкалывание их антибиотиками).

Ранение ягодичной артерии сопровождается значительным наружным кровотечением. Временная остановка наружного кровотечения из глубоких ран таза осуществляется тугой тампонадой с наложением кожных швов поверх тампона.

Если в ходе ревизии раны ягодичной области становится очевидным артериальный характер глубоко расположенного источника, ревизию раны следует прекратить, отказаться от расширения раны для дальнейшего поиска источника кровотечения; необходимо также прекратить ее дальнейшее тампонирующее. Обычно источником кровотечения является ягодичная артерия или ее крупные ветви, перевязать которые через ягодичный доступ невозможно. В таких случаях необходима перевязка внутренней подвздошной артерии на стороне ранения.

Техника перевязки внутренних подвздошных артерий.

Операционный доступ может быть через брюшную полость и внебрюшинным по Н.И. Пирогову. По внутреннему краю поясничной мышцы отыскивается общая подвздошная артерия, берется на турникет, легким потягиванием за него обеспечивается выход на место отхождения внутренней подвздошной артерии. Иногда удобнее сначала выделить наружную подвздошную артерию и подниматься по ней выше к месту развилки общей подвздошной

артерии. При выделении внутренней подвздошной артерии всегда следует иметь в виду опасность повреждения подвздошной вены и мочеточника. Отслойки кожи и кожно-подкожно-фасциальные лоскуты подсекаются у нижнего края, освобождаются от содержимого и дренируются. В дальнейшем проводится консервативная терапия (блокада с антибиотиками, перевязки, общая антибиотикотерапия).

Список литературы:

1. Лазарев А.Ф. Оперативное лечение повреждений таза: Автореф. дис...д-ра мед.наук. – М., 1992.
2. Мюллер М.Е., Альговер М., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. – М., 1996.
3. Лечение повреждений таза/ Клинические рекомендации, 2014 год
4. Гуманенко Е.К. Ранения и травмы таза и тазовых органов //Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей /под ред. Е.К.Гуманенко, И.М. Самохвалова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001.
5. Силин Л.Л. Повреждения таза и тазовых органов //Хирургия катастроф: учеб./ Х.А. Мусалатов. – М.: Медицина, 1998.
6. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пострадавшим с травмой таза и тазовых органов в чрезвычайных ситуациях/ Москва, 2013 год.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Рецензия д.м.н., зав. кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом

ПО, доцента Шнякина Павла Геннадьевича на реферат-презентацию ординатора 1 года обучения по специальности «Травматология и ортопедия»

Денисовой Анастасии Юрьевны по теме:

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА

В работе приведены основные понятия темы, представлена подробная современная классификация переломов костей таза в соответствии. Подробно освещены принципы диагностики и клиническая картина повреждений таза. Представлена тактика лечения в зависимости от тяжести перелома. При написании реферата использованы актуальные источники литературы, данные современных клинических рекомендаций. Работа выполнена на 14 листах, без орфографических ошибок, в соответствии с требованиями к структуре и оформлению. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 6 источниками, в том числе выпущенными не позднее 6 лет.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

В.Ф.Войно-Ясенецкий (Войно-Ясенецкий)
А.Ю.Денисова