

Пелипенко О.В.¹, Дідик Н.Р.², Ковальов О.С.¹, Гончаров А.В.²,
Павленко С.М.¹, Баженов А.А.²

¹Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

²Комунальне підприємство «1-ша міська клінічна лікарня Полтавської міської ради»,
м. Полтава, Україна

Особливості лікування переломів таза у хворих із психічними розладами

Резюме. Актуальність. Наявність психічних розладів людини має значний вплив на процес надання медичної допомоги при отриманні ушкоджень опорно-рухового апарату. Від особливостей організації оптимального комплексу лікувальних заходів при переломах кісток таза у психічних хворих залежать збереження життя пацієнта та його подальші функціональні спроможності. **Мета роботи:** визначити особливості етапного лікування хворих із переломами таза, які мають психічні порушення, із розробкою рекомендацій із профілактики ускладнень. **Матеріали та методи.** Використані дані 22 хворих віком від 18 до 79 років. У 18 хворих (82 %) ушкодження таза було елементом політравми. Розлади психічного стану виявлені у 13,6 % хворих, у яких діагностовано перелом кісток таза типу С (за класифікацією АО). Переважною причиною травми були дорожньо-транспортні пригоди (59 %), кататравма (27 %). Стабілізація відламків апаратом зовнішньої фіксації як елемент протишокової терапії виконана у 36 % випадків. **Результати.** Дані загального аналізу крові в першу годину не є інформативними й потребують динамічного спостереження. Особливістю перебігу травматичної хвороби у хворих із психічними розладами були швидка нормалізація показників гомеостазу та циклічне підвищення рівня глюкози крові. Групу хворих із переломами типу А лікували консервативним методом. Виконання ортопедичної укладки з адекватним знеболюванням дозволяло нормалізувати стан пацієнта й після індивідуальної інфузійної терапії та контролю гемодинаміки з відповідними рекомендаціями подальшого режиму лікування виписати хворого в амбулаторні умови на 4-ту — 7-му добу. Ускладнень не спостерігалось. Ускладнення лікувального періоду, що спостерігалися в групах хворих із переломами типу В та С, розподіляли на 3 групи: пов'язані зі складністю травми, наявністю супутніх патологічних станів та залежні від поведінки пацієнта (дотримання призначеного режиму). Ведення пацієнтів із супутнім психічним захворюванням мало виражені особливості. Базовою методикою купірування загострення було призначення седативних препаратів, що заважало повноцінному виконанню оптимального функціонального режиму лікування. Ця тактика значно підвищувала ризик розвитку гіпостатичних ускладнень (пролежні, пневмонія, тромбози). Відмова від седативної містила ризики, обумовлені неадекватною поведінкою хворих. При психічному збудженні пацієнти порушували стерильність ран, самостійно видаляли катетери, розхилювали пристрої зовнішньої фіксації. Раннє приєднання інфікованих ускладнень не дозволяло в оптимальні терміни виконати стабільну фіксацію фрагментів перелому внутрішніми конструкціями. Тимчасова механічна фіксація хворого чи створення індивідуального посту підвищувала ризик травматизації пацієнта та медичного персоналу. **Висновки.** Післятравматичне загострення психічного захворювання вимагає проведення додаткових заходів седативної у хворих для профілактики повторних суїцидальних спроб, захисту зовнішніх конструкцій, забезпечення введення необхідних медикаментів, постійного контролю за виконанням режиму реабілітації.

Ключові слова: переломи таза; психічні розлади; реабілітація

Вступ

Люди з психічними відхиленнями мають у 2 рази більший ризик отримання переломів, ніж здорові. Слід зазначити, що кількість хворих із психічними розладами з року в рік зростає й у 2030 році збільшиться вдвічі. Наявність тривалого некурабельного психічного розладу значно підвищує суїцидальний ризик [6]. Серед поширених психічних розладів, із якими стикаються лікарі в травматологічних стаціонарах, більшість авторів виділяють тривожність, депресію, шизофренію та деменцію [9, 10].

Тривалі масштабні дослідження травматизму вказаної категорії пацієнтів у США (17 років, понад мільярд спостережень), Татарстані (12 років, 814 спостережень) свідчать про актуальність питання спеціалізованого травматологічного лікування психічних хворих в усьому світі [2, 8, 9].

Серед причин пошкоджень, що найбільш часто зустрічаються, автори вказують суїцидальні спроби та падіння з висоти під час втечі зі спеціальних установ, дорожньо-транспортні пригоди, побутові конфліктні ситуації тощо [7]. Відповідно до причин отримання травм визначаються і типові локалізації ушкоджень: п'ятова кістка, хребет, проксимальний відділ стегна, щелепи. Питанням лікування переломів кісток таза у психічних хворих у доступній літературі присвячені лише поодинокі публікації. Однак медична реабілітація даного контингенту хворих має чіткі специфічні особливості, а її ефективність залежить від багатьох факторів: оптимальної організації лікувального процесу, своєчасного та якісного виконання призначень із врахуванням певного етапу відновлення, тісної співпраці фахівців різних спеціальностей та рівнів [4, 5, 11].

Загальні принципи лікування переломів таза викладені у великій кількості наукових публікацій, відпрацьовані алгоритми надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі, запропоновані засоби транспортної іммобілізації та схеми медикаментозної підтримки гомеостазу організму. На сучасному етапі широко використовуються апарати зовнішньої фіксації як для тимчасової, так і кінцевої стабілізації. У той же час існують застереження проти використання зовнішніх конструкцій у пацієнтів із психічними розладами [1, 3].

Мета: визначити особливості етапного лікування постраждалих із психічними відхиленнями та пошкодженням таза з подальшою розробкою рекомендацій реабілітаційного періоду.

Матеріали та методи

Проведений аналіз лікування 22 хворих із переломами таза віком від 18 до 79 років. Переважною причиною травми були дорожньо-транспортні пригоди (59 %), кататравма (27 %), яка у 3 випадках із 7 була суїцидальною спробою (усі жінки). Висота падіння варіювала від 12 до 21 метра (4–7-й поверх).

У 18 хворих (82 %) ушкодження таза було елементом політравми. Найбільш часто пошкодження кісток таза

поєднувались із черепно-мозковою травмою (86 %), травмою грудної клітки (45,5 %), іншими переломами кісток (стегно — 13 %, гомілка — 18 %, хребет — 13 %, стопи — 26 %, верхньої кінцівки — 13 %). У 4 (18 %) пацієнтів підтверджено алкогольне сп'яніння. Розрив органів порожнини таза та черевної порожнини не спостерігалось.

Коморбідні стани у вигляді розладів психічного стану встановлені у 18 % хворих (3 — шизофренія (F20 за МКХ-10), 1 — деменція, 1 — делірій). У 2 пацієнтів діагностовано цукровий діабет, 4 — гіпертонічну хворобу, 7 — ішемічну хворобу серця, 3 — пієлонефрит, 7 — хронічний запальний процес шлунково-кишкового тракту.

Тип перелому визначали за класифікацією АО: тип А (45 %), тип В (18 %), тип С (36 %). Усі хворі з шизофренією надійшли з ротаційно та вертикально нестабільними переломами кісток таза (тип С). Стабілізація відламків апаратом зовнішньої фіксації як елемент протишокової терапії виконана у 36 % випадків в перші години від госпіталізації, у тому числі в усіх психічних хворих (3), у 2 випадках накладався апарат «таз — стегно».

Усі постраждалі отримували адекватну інтенсивну інфузійну терапію (до 3 л кровозамінників). На різних етапах лікування хворим вводили анальгетики, антикоагулянти, антибіотики, симптоматичні препарати.

Методика стабільного остеосинтезу пластинами використана в 7 випадках (32 %).

Результати

Досліджена динаміка лабораторних показників у ранньому післятравматичному періоді. Як правило, дані загальної аналізу крові в першу годину не є інформативними й потребують динамічного спостереження. Цілковито обґрунтованою була відносно швидка нормалізація показників гомеостазу у пацієнтів з переломами типу А. В той же час відмічено, що у хворих із психічними розладами, незважаючи на порівняно більш тяжкий первинний стан, показники гемодинаміки відновлювалися в коротші терміни. Заслугує на увагу той факт, що в даній групі хворих протягом першого місяця після травми показник гемоглобіну не зменшувався нижче від 100 г/л, а кількість еритроцитів не була меншою за $3 \cdot 10^{12}$.

Особливістю перебігу травматичної хвороби у хворих із психічними розладами було також циклічне (кожні 2 тижні) підвищення рівня глюкози крові до 8 ммоль/л. Указаний стан асоціювали з прийомом антипсихотичних засобів (безпосередньо азалаптолу (клозапін)), призначених лікарем-психіатром. У зв'язку з цим під час лікування відмовлялися від введення глюкози та глюкокортикостероїдів.

Групу хворих із переломами типу А лікували консервативним методом. Виконання ортопедичної укладки з адекватним знеболюванням дозволяло нормалізувати стан пацієнта й після індивідуальної інфузійної терапії та контролю гемодинаміки з відповідними рекоменда-

Таблиця 1. Ускладнення лікувального періоду у хворих із переломами таза

Ускладнення	Тип перелому, %		
	В	С	С + F20
Анемія	100	100	100
Пневмонія	33	33	100
Цистит	0	33	100
Інфікування ран	0	17	100
Тромбоз вен нижніх кінцівок	33	50	100
Пролежні	33	33	100

ціями подальшого режиму лікування виписати хворого в амбулаторні умови на 4-ту — 7-му добу. Ускладнень не спостерігалось.

Ускладнення лікувального періоду, що спостерігались у групах хворих із переломами типу В та С (табл. 1), розподіляли на 3 групи: пов'язані зі складністю травми, наявністю супутніх патологічних станів та залежні від поведінки пацієнта (дотримання призначеного режиму).

Ускладнення, що виникали в групах хворих без психічних порушень, вдалося в загальноприйнятні терміни ліквідувати проведенням комплексу патогенетичної терапії.

Ведення пацієнтів із супутнім психічним захворюванням мало виражені особливості. Травма, як провокуючий агент, посилювала прояви психічного захворювання, у зв'язку з чим указані хворі знаходилися під динамічним наглядом лікаря-психіатра. Базовою методикою купірування загострення в даних випадках було призначення седативних препаратів, що заважало повноцінному виконанню оптимального функціонального режиму лікування пошкоджень опорно-рухового апарату. Дана тактика значно підвищувала ризик розвитку гіпостатичних ускладнень (пролежні, пневмонія, тромбози). Досить часто медичний персонал стикався з відмовою прийому пероральних засобів.

У той же час відмова від седативної містила інші ризики, обумовлені неадекватною поведінкою хворих. При психічному збудженні пацієнти порушували стерильність ран, самостійно видаляли катетери, розхитували пристрої зовнішньої фіксації. Раннє приєднання інфікованих ускладнень не дозволяло в оптимальні терміни виконати стабільну фіксацію фрагментів перелому внутрішніми конструкціями. Тимчасова механічна фіксація хворого чи створення індивідуального посту підвищували ризик травматизації пацієнта та медичного персоналу.

Переведення даних хворих у спеціалізований медичний заклад здебільшого було неможливим у зв'язку із необхідністю постійного контролю за апаратом зовнішньої фіксації та станом ран в умовах інфікування різного ступеня.

Наявність психічних розладів призвела до виникнення низки ускладнень, що збільшило термін пере-

бування в стаціонарі (45–92 дні) та летальний результат (1). Причинами визначені систематичне порушення режиму лікування, ранній розвиток гіпостатичних та інфекційних ускладнень.

Висновки

Післятравматичне загострення психічного захворювання вимагає проведення додаткових заходів седативної терапії хворих для профілактики повторних суїцидальних спроб, захисту зовнішніх конструкцій, забезпечення введення необхідних медикаментів, постійного контролю за виконанням режиму реабілітації.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Дулаев А.К. и др. Стабилизация заднего отдела тазового кольца у пострадавших с политравмой. *Хирургия позвоночника*. 2017. Т. 14, № 3. С. 40-46.
2. Ильина Р.Ю., Зиганьшина Л.Е. Анализ осложненных травматических переломов у психически больных. *Актуальные проблемы медицины*. 2013. Т. 2, № 1–2 (69). С. 59-62.
3. Козопас В.С. Современные способы и методы лечения переломов костей таза. *Новости хирургии*. 2016. Т. 24, № 6. С. 601-609.
4. Никонов В.В., Курсов С.В., Нудьга А.Н. Стресс-индуцированная гипергликемия: возможные пути коррекции. *Медицина неотложных состояний*. 2016. № 1. С. 53-56.
5. Пелипенко О.В., Березан О.І., Ковальов О.С. Варіанти оптимізації медичної та соціальної адаптації геронтологічних хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки. *Травма*. 2017. Т. 18, № 6. С. 127-132.
6. Сергеева Е.А., Васильев В.В., Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Современные исследования суицидального поведения психически больных. *Суицидология*. 2015. Т. 6, № 4 (21). С. 32-40.
7. Синенченко А.Г. Структура психических расстройств у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения. *Научные исследования*. 2016. № 10 (11). С. 94-96.

8. Buller L.T., Best M.J., Klika A.K., Barsoum W.K. The influence of psychiatric comorbidity on perioperative outcomes following primary total hip and knee arthroplasty; a 17-year analysis of the national hospital discharge survey database. *J. Arthroplasty*. 2015. Vol. 30, № 2. P. 165-170.

9. Menendes M.E., Neuhans V., Bot A.G., Vrahas M.S., Ring D. Do psychiatric comorbidities influence inpatient death, adverse events, and discharge after lower extremity fractures? *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2013. Vol. 471 (10). P. 3336-3348.

10. Rosenblum A., Landy D.C., Perrone M.A., Whyte N., Kang R. The presence of a psychiatric condition is associated

with undergoing hip arthroscopy for femoroacetabular impingement: a matched case-controlled study. *The Journal of arthroplasty*. 2019. Vol. 34, № 3. P. 446-449.

11. Zhang Y. et al. The metabolic side effects of 12 antipsychotic drugs used for the treatment of schizophrenia on glucose: a network meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17. P. 373.

Отримано/Received 17.06.2019

Рецензовано/Revised 04.07.2019

Прийнято до друку/Accepted 26.07.2019

Пелипенко А.В.¹, Дидык Н.Р.², Ковалев А.С.¹, Гончаров А.В.², Павленко С.Н.¹, Баженов А.А.²

¹Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

²Коммунальное предприятие «1-я городская клиническая больница Полтавского городского совета», г. Полтава, Украина

Особенности лечения переломов таза у больных с психическими расстройствами

Резюме. Актуальность. Наличие психических расстройств человека может влиять на процесс оказания медицинской помощи при получении повреждений опорно-двигательного аппарата. От особенностей организации оптимального комплекса лечебных мероприятий при переломах костей таза у психических больных зависят сохранение жизни пациента и его дальнейшие функциональные способности. **Цель работы:** определить особенности этапного лечения больных с переломами таза, которые имеют психические нарушения, с разработкой рекомендаций по профилактике осложнений. **Материалы и методы.** Использованы данные 22 больных в возрасте от 18 до 79 лет. У 18 больных (82 %) повреждение таза было элементом политравмы. Расстройства психического состояния обнаружены у 13,6 % больных, у которых диагностирован перелом костей таза типа С (по классификации АО). Преобладающей причиной травмы были дорожно-транспортные происшествия (59 %), кататравма (27 %). Стабилизация отломков аппаратом внешней фиксации как элемент протившоковой терапии выполнена в 36 % случаев. **Результаты.** Данные общего анализа крови в первый час не являются информативными и требуют динамического наблюдения. Особенностью течения травматической болезни у больных с психическими расстройствами были быстрая нормализация показателей гомеостаза и циклическое повышение уровня глюкозы крови. Группу больных с переломами типа А лечили консервативным методом. Выполнение ортопедической укладки с адекватным обезболиванием позволяло нормализовать состояние пациента и после индивидуальной инфузионной терапии и контроля гемодинамики с соответствующими рекомендациями дальнейшего режима лечения

выписать больного в амбулаторные условия на 4–7-е сутки. Осложнений не наблюдалось. Осложнения лечебного периода, наблюдаемые в группах больных с переломами типа В и С, распределялись на 3 группы: связанные со сложностью травмы, наличием сопутствующих патологических состояний и зависящие от поведения пациента (соблюдение назначенного режима). Ведение пациентов с сопутствующим психическим заболеванием имело выраженные особенности. Базовой методикой купирования обострения было назначение седативных препаратов, что мешало полноценному выполнению оптимального функционального режима лечения. Данная тактика значительно повышала риск развития гипостатических осложнений (пролежни, пневмония, тромбозы). Отказ от седации включал риски, обусловленные неадекватным поведением больных. При психическом возбуждении пациенты нарушали стерильность ран, самостоятельно удаляли катетеры, расшатывали устройства внешней фиксации. Раннее присоединение инфицированных осложнений не позволяло в оптимальные сроки выполнить стабильную фиксацию фрагментов перелома внутренними конструкциями. Временная механическая фиксация больного или создание индивидуального поста повышали риск травматизации пациента и медицинского персонала. **Выводы.** Посттравматическое обострение психического заболевания требует проведения дополнительных мероприятий седации больных для профилактики повторных суицидальных попыток, защиты наружных конструкций, обеспечения ввода необходимых медикаментов, постоянного контроля за выполнением режима реабилитации.

Ключевые слова: переломы таза; психические расстройства; реабилитация

O.V. Pelypenko¹, N.R. Didyk², O.S. Kovalov¹, A.V. Goncharov², S.N. Pavlenko¹, A.A. Bazhenov²

¹Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

²Poltava Clinical City Hospital 1 of Poltava City Council, Poltava, Ukraine

Features of pelvic fracture treatment in patients with mental disorders

Abstract. Background. The presence of mental disorders in a person can influence treatment approaches in musculoskeletal injuries. The preservation of the patient's life and its further functional abilities depend on organization of optimal therapeutic measures in

pelvic fractures in patients with mental illnesses. The purpose was to determine the features of the staged treatment of pelvic fracture patients who have mental disorders, to develop recommendations for the prevention of complications. **Materials and methods.** Data

of 22 persons aged 18 to 79 years were used. In 18 patients (82 %), pelvic injury was a part of polytrauma. Mental disorders were found in 13.6 % of individuals who have been diagnosed with type C pelvic fracture (according to AO classification). The predominant causes of injury were road accidents (59 %), catatrauma (27 %). Fragment stabilization by the external fixation device as an element of anti-shock therapy was performed in 36 % of cases. **Results.** The data of blood test in the first hour are not informative and require close observation. Distinguishing factors of the traumatic disease course in patients with mental disorders were the rapid normalization of homeostasis and cyclical increase in blood glucose levels. A group of patients with type A fractures was treated conservatively. Orthopedic procedure with adequate anesthesia allowed normalizing the patient's condition and, after intravenous therapy and hemodynamic control with appropriate recommendations for further treatment regimen, to discharge the patient for outpatient basis on days 4–7. Complications were not observed. Complications of the treatment detected in groups of patients with type B and C fractures were divided into 3 groups: those associated with the complexity of injury, the presence of concomitant pathological conditions and dependent

on the patient's behavior (compliance with the prescribed regimen). The management of patients with concomitant mental illness had distinctive features. The basic method for relieving exacerbation was the prescription of sedatives, which prevented the full implementation of the optimal functional treatment regimen. This approach significantly increased the risk of developing hypostatic complications (pressure ulcers, pneumonia, thrombosis). Refusal of sedation had risks of inappropriate patient's behavior. With mental excitement, patients violated the sterility of wounds, removed the catheters by themselves, and loosened external fixation devices. Early wound infection complications did not allow performing a stable fixation of fracture fragments with internal structures as soon as possible. Temporary immobilization of the patient or creation of individual nursing station increased the risk of injury of the patient and medical staff. **Conclusions.** Post-traumatic exacerbation of mental illness requires additional measures of patients' sedation for the prevention of recurrent suicide attempts, protection of external structures, ensuring the introduction of necessary medications, constant monitoring of the implementation of the rehabilitation regimen.

Keywords: pelvic fractures; mental disorders; rehabilitation
