

раста / А.П. Барабаш, В.М. Иванов, И.В. Барабаш и др. – Саратов: Приволж. кн. изд-во, 2006. – 271 с.

19. Ушаков, С.А. Лечение пострадавших с переломами вертельной бедренной кости методом интрамедуллярного остеосинтеза в условиях городской больницы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Ушаков. – Курган, 2009. – 23 с.

20. Клюквин, И.Ю. Современные аспекты оказания помощи больным пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости / И.Ю. Клюквин, В.В. Антонов // Медицина критических состояний. – М.: ООО «Анахарсис», 2005. – №2. – С. 13-17.

21. Войтович, А.В. Экстренное оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости / А.В. Войтович, И.И. Шубняков, А.Б. Аболин // Травматология и ортопедия России. – 1996. – №3. – С. 32-33.

22. Астапенков, Д.С. Реабилитация больных с остеопоротическими переломами проксимального отдела бедра / Д.С. Астапенков, А.А. Свешников // Остеопороз и остеоартроз – проблема XXI века. – М., 2009. – С.35-37.

23. Современный подход к выбору тактики лечения вертельных переломов бедра у лиц преклонного возраста / Г.М. Кавалерский, З.А. Пшихопов, С.В. Бровкин и др. // Медицинская помощь: Науч.-практ. журн. – 2006. – №3. – С. 19-22.

24. Sloan, J. Fractured neck of the femur: The cause of the fall? / J. Sloan, G. Holloway // Injury. – 1981. – Vol. 13. – № 3. – P. 230-232.

25. Стадников, В.В. Применение винтовых устройств для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости / В.В. Стадников, А.Г. Русанов // Политравма. – 2009. – № 2. – С. 22-27.

26. Лазарев, А.Ф. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза / А.Ф. Лазарев // Вестник травматологии и ортопедии. – 2004. – № 1. – С. 27-31.

27. Лечение переломов вертельной области бедренной кости с применением современных фиксаторов / А.И. Гордниченко, О.Н. Усков, В.И. Горбатов, А.Н. Минаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 6. – С. 67-72.

28. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости / С.П. Миронов, А.И. Гордниченко, О.Н. Усков., Г.В. Сорокин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 4. – С. 13-17.

29. Пат. 2223702 РФ, МПК А 61 В 17/56. Способ лечения чрез- и межвертельных переломов бедренной кости. / Барабаш А.П., Русанов А.Г., Иванов В.М., Длянсин Н.Г. (РФ); Заявитель и патентообладатель ФГУ «СарНИИТО Росмедтехнологий». – № 2002102479/14; заявл. 28.01.02; опубл. 20.02.04. Бюл. № 3.

30. Пат. 2248764 РФ, МКИ А 61 В 17/56. Способ лечения переломов проксимального отдела бедренной кости с отрывом малого вертела при коксартрозе / Барабаш А.П., Русанов А.Г. (РФ); Заявитель и патентообладатель «СарНИИТО Росздрава». – № 2003125500; заявл. 18.08.03; опубл. 27.03.05. Бюл. № 9.

31. Иванов, В.М. Новый способ хирургического лечения вертельных переломов бедра на фоне остеопороза у больных преклонного возраста / В.М. Иванов, И.И. Жадёнов, В.А. Митрофанов // Первый Российский симпозиум по остеопорозу. – Тез. докл. М., 1995. – С. 83.

32. Загородний, Н.В. Хирургическое лечение вертельных переломов бедренной кости / Н.В. Загородний, Е.А. Жармухамбетов // Российский медицинский журнал: Науч.-практ. журн. – 2006. – №2. – С. 18-19.

33. Osteosynthese des lésions proximales du fémur par visplaquedynamisee / Ph. Putz, E. Coussaert, D. Delvaux et al. // Int. Orthop. – 1990. – Vol. 14. – №3. – P.285-292.

34. Сакалов, Д.А. Лечение вертельных переломов у пациентов пожилого и старческого возраста / Д.А. Сакалов, А.В. Скороглазов // Вестник Российского медицинского университета. – 2003. – №5. – С. 24-29.

35. Proximal fracture of the femur in elderly patients. The influence of surgical care and patient characteristics on post-operative mortality / F. Geiger; K. Schreiner; S. Schneider et al. // Der Orthopede. – 2006. – №35 (6). – P. 651-657.

36. Солдатов, Ю.П. Ошибки и осложнения при лечении пострадавших с вертельными переломами бедренной кости методом интрамедуллярного остеосинтеза / Ю.П. Солдатов, С.А. Ушаков // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2009. – № 6. – С.10-14.

37. Опыт оперативного лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости / И.С. Цыпин, А.Ю. Семенистый, И.В. Спесивцев и др. // Тез. докл. VII съезда травматологов и ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – С. 155-156.

38. Савинцев, А.М. Малоинвазивное хирургическое лечение переломов проксимального отдела бедренной кости в условиях остеопороза / А.М. Савинцев, А.В. Малько // Человек и его здоровье: Материалы XIV Российского национального конгресса: Тез. докл., 2009 – № 3 (37). – С. 56.

39. Руководство по внутреннему остеосинтезу: Пер. с нем. / М.Е. Мюллер, М.А. Альпговер, Р.С. Шнайдер и др. – М., 1996 – 750 с.

40. Стабилизующие операции на проксимальном отделе бедра в комплексе реабилитации больных старшей возрастной группы / А.И. Швец, И.И. Гаврилов, А.А. Самойленко и др. // Травма. – 2008. – №1. – Т. 9. – С. 20-29.

41. Кузьмин, И.И. Эндопротезирование тазобедренного сустава при оскольчатых переломах проксимального отдела бедра / И.И. Кузьмин, М.А. Кислицын // Человек и его здоровье: Материалы XIV Российского национального конгресса: Тез. докл. – М., 2009. – С. 29.

42. Пронских, А.А. Ошибки и осложнения в эндопротезировании тазобедренных суставов / А.А. Пронских, В.В. Агаджанян // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика, лечение: Тез. докл. междунар. конгр. – М., 2004. – С. 135-136.

43. Замедленное костеобразование: пути решения проблемы / А.А. Барабаш, А.П. Барабаш, Ю.А. Барабаш, Р.А. Алфимов // Оптимизация лечения и реабилитации больных: Труды общества травматологов-ортопедов Ростовской области. – Ростов-на-Дону, 2005. – Вып.11. – С. 50-55.

44. Деев, Р.В. Пути развития клеточных технологий в костной хирургии / Р.В. Деев, А.А. Исаев // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 1 (47). – С.65-74.

45. Хирургическое лечение псевдоартрозов длинных трубчатых костей с использованием дополнительных очагов костеобразования / Ю.А. Барабаш, В.Д. Балаян, Н.В. Тишков, О.А. Кауц // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 7. – С. 73-76.

46. Yoshikawa, H. Bone tissue engineering with hydroxyapatite ceramics / H. Yoshikawa, A. Myoui // J. Artif. Organs. – 2005. – №8. – P.131-136.

47. Остеогенные потенциалы нативного аутогенного костного мозга, индуцированного кристаллическим химотрипсином, при лечении посттравматических нарушений костной регенерации. / Е.Д. Скланчук, В.И. Зоря, В.В. Гурьев, А.П. Васильев // Травматология и ортопедия России. – 2009. – С.15-21.

48. Arkudas, A. Axial prevascularization of porous matrices by an arteriovenous loop promotes survival and differentiation of transplanted autologous osteoblasts / A. Arkudas // Tissue Eng. – 2007. – Vol. 13. – №7. – P. 1549-1560.

УДК616.833.58-001.35-08-07-089

Оригинальная статья

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

И.Л. Шлыков – директор ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», кандидат медицинских наук; **Н.Л. Кузнецова** – МУ «ЦГКБ № 23», Екатеринбург, заместитель главного врача по научной работе, профессор, доктор медицинских наук.

CURATIVE AND DIAGNOSTIC ALGORITHMS IN PATIENTS WITH UNSTABLE PELVIC FRACTURE

I.L. Shlykov – Uralsk Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics n. a. V.D. Chaklin, Director, Candidate of Medical Science; **N.L. Kuznetsova** – Ekaterinburg Clinical Hospital №23, Assistant of General Physician, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 02.12.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

И.Л. Шлыков, Н.Л. Кузнецова. Лечебно-диагностические алгоритмы у больных с нестабильными переломами таза. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 159–163.

Сочетание возможностей чрескостного остеосинтеза новыми стержневыми аппаратами с методиками остеотомии костей таза через минидоступы является эффективным и малотравматичным способом лечения больных с застарелыми повреждениями тазового кольца, позволяющим устранять любые типы стойких деформаций таза. Представлены особенности этапного устранения различных видов деформаций таза по разработанным методикам, согласно предложенной рабочей классификации. Разработанные методики хирургической реабилитации больных с последствиями повреждений тазового кольца позволяют добиться благоприятных результатов в 96% случаев.

Ключевые слова. нестабильные переломы таза, лечебно-диагностические алгоритмы.

I.L. Shlykov, N.L. Kuznetsova. Curative and diagnostic algorithms in patients with unstable pelvic fracture. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 159–163.

The combination of transosseous osteosynthesis by new rod devices with techniques of osteotomy through small accesses is effective and not traumatic in treatment of patients with chronic pelvic damages. That allows to eliminate any types of pelvic deformations. Peculiarities of stage elimination by developed techniques according to the suggested classification are presented. Developed techniques of surgical rehabilitation of patients with consequences of damages allow to achieve favorable results in 96 cases.

Key words: unstable pelvic fractures, curative and diagnostic algorithms.

Введение. Несмотря на проведенное полноценное лечение повреждений таза в 5% случаев при большом первичном разрушении тазового кольца остаются серьезные деформации [1]. Поэтому, мнение многих исследователей, что лучшее лечение деформаций таза – это предотвращение их появления, на практике бывает редко выполнимо. Травматологи зачастую сталкиваются с остающимися нарушениями анатомических структур таза через месяц и более после травмы, то есть в срок, который, по мнению большинства авторов, является критическим для применения традиционных оперативных технологий и требует особого подхода к оценке его тяжести, необходимости и способе дальнейшего лечения [2]. Несмотря на отсутствие точного общепринятого определения понятия застарелого повреждения таза, можно считать, что к этой категории больных относятся переломы костей таза с не устраненным смещением отломков давностью четыре недели и более [3]. Проблема лечения больных с последствиями повреждений тазового кольца остается актуальной для современной травматологии.

Цель работы. Оптимизация результатов лечения больных с последствиями повреждений тазового кольца за счет разработки и внедрения лечебно-диагностических алгоритмов.

Методы. Под нашим наблюдением за период с 2000 по 2008 годы в клинике травматологии Уральского НИИ травматологии и ортопедии находилось 48 пациентов с билатеральными повреждениями таза, которым выполнено оперативное лечение. Из них пациентов с типом ВЗ – 30 человек, С2 – 10 и С3 – 8 по классификации ОТА/АО. Мужчин было 32, женщин – 16, средний возраст – 29,8 (от 15 до 65). В 62% случаев травма получена в результате дорожно-транспортных происшествий, у 28 пострадавших (65%) имелись сочетанные и множественные повреждения: перелом костей нижних конечностей – 6, верхней конечности – 6, множественные переломы костей верхних и нижних конечностей – 3, позвоночно-спинномозговая травма – 2, тупая травма живота с повреждением внутренних органов – 5, ЧМТ – 2, тупая травма грудной клетки – 3. Кроме того, у 7 пострадавших имелись разрывы мочевого пузыря и уретры. Все пациенты с вертикально-нестабильными повреждениями имели сопутствующие повреждения и были госпитализиро-

ваны из других лечебных учреждений. Средний срок от момента травмы до оперативного вмешательства составил 107,6 (от 4 до 732).

Результаты. Соответственно типам деформаций таза были разработаны четыре основные методики оперативного устранения с использованием стержневого аппарата внешней фиксации.

Устранение нестабильной ротационной деформации таза. Ротационные деформации таза являются следствием ротационно-нестабильных повреждений тазового кольца, а так же исходами вертикально-нестабильных переломов таза, если на этапах лечения было устранено только краниальное смещение половины таза. При этом безымянная кость могла быть ротирована кнутри или кнаружи (в горизонтальной плоскости), быть в положении сгибания (повреждение типа ручки корзины – ротация в сагиттальной плоскости) или отведения и приведения (ротация во фронтальной плоскости) по отношению к крестцу. Истинное положение, как правило, являлось комбинацией этих смещений, но всегда можно определить наиболее выраженные компоненты деформации, для того чтобы последовательно устранить наиболее грубые из них. Первым этапом накладывали аппарат внешней фиксации. Опоры аппарата располагали с учетом имеющегося смещения половины таза и соединяли между собой репозиционным узлом только спереди для устранения ротационного смещения в сагиттальной плоскости с целью выравнивания длины конечности. После операции больного укладывали на специально подготовленную кровать с нишей для тазового кольца. Перемещение половины таза начинали со вторых суток после операции темпом по 1 мм 4 раза в сутки (рис. 1), одновременно с активизацией больного без нагрузки на поврежденную сторону, назначали лечебную гимнастику.

Уход за стержнями и спицами осуществляли так же, как и при применении аппарата Г.А. Илизарова. Смену повязок с антисептиком в первые 2 дня проводили ежедневно, затем раз в неделю. После восстановления формы переднего полукольца таза, подтвержденной этапной рентгенографией, производили перемонтаж репозиционного узла для их сближения и компрессии во фронтальной плоскости с прежним темпом перемещения. После устранения деформации опоры соединяли неподвижно в передних и задних отделах, что позволяло разрешить полную нагрузку на обе нижние конечности. Оперативное лечение больных с нестабильной ротационной деформацией тазового кольца было проведено в 10

Ответственный автор – Кузнецова Наталия Львовна
620017, г. Екатеринбург, ул. Ст. большевиков, 9,
МУ «ЦГКБ № 23»,
Тел.: +7-912-67-67-500,
E-mail: knl@bk.ru

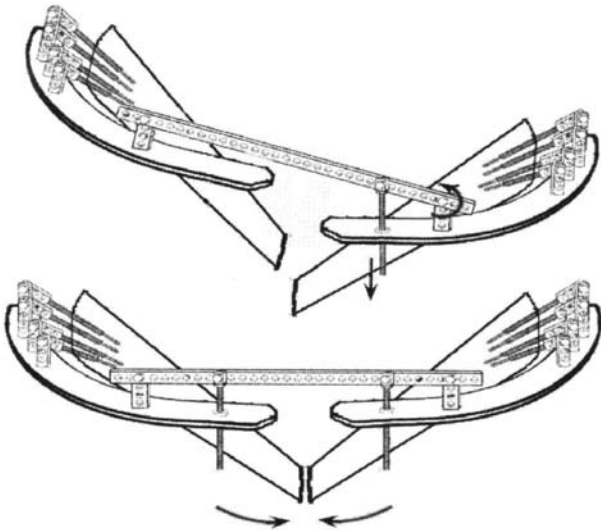


Рис. 1. Схема перемещения безымянной кости при ротационной нестабильной деформации тазового кольца

случаях. Всего выполнено 17 операций, из них у семи пациентов чрескостный остеосинтез был дополнен внутренней фиксацией лонного сочленения: аллосухожилием (2 случая) и, при ограниченном контакте лонных и седалищных костей, реконструкционной пластиной (5 случаев). Аппарат снимали через три месяца после окончательной стабилизации отломков при наличии клинко-рентгенологической картины сращения. При этом до снятия аппарата проводили клиническую пробу: разъединяли соединения тазовой опоры, имитируя снятие аппарата, при этом предлагали больному ходьбу в течение нескольких часов с обычной для него нагрузкой. В случае отсутствия подвижности и болевых ощущений в области таза считали пробу отрицательной и аппарат снимали. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате составил 118,3 суток.

Устранение нестабильной вертикальной деформации таза. При нестабильных вертикальных деформациях таза полностью нарушена целостность заднего костно-связочного комплекса таза, имеется вертикальное смещение половины тазового кольца с растяжением или разрывом корешков крестцового сплетения. При отсутствии явной вертикальной

подвижности краниально смещенных задних отделов таза первым этапом производили остеотомию крестца в положении больного на животе и вводили стержни в задние ости подвздошных костей. После чего, пациента переворачивали на спину, вводили стержни в передние отделы таза. Опоры аппарата накладывали с учетом имеющегося смещения половины таза и соединяли между собой репозиционными узлами спереди и сзади для создания диастаза в зоне остеотомии (рис. 2а).

Если вертикальная подвижность в задних отделах имела, то остеотомия не требовалась. Дозированную дистракцию темпом 1 мм четыре раза в день начинали после купирования болевого синдрома на 3-5 сутки одновременно с активизацией больного без нагрузки на поврежденную сторону. Назначали лечебную гимнастику. При развитии выраженного болевого синдрома или признаков раздражения корешков сегментов S1-S3 снижали темп перемещения до 1 мм в сутки, вплоть до временного прекращения дистракции. Растяжение задних отделов производили до появления диастаза 10-15 мм. Затем, тяги заднего репозиционного узла устанавливали в вертикальное положение для постепенного устранения краниального смещения половины таза. Темп дистракции – по 0,25 мм четыре раза в сутки (рис. 2б).

После вертикального выравнивания задних отделов подвздошных костей по отношению к крестцу при необходимости устраняли переднезаднее смещение (рис. 3а, б).

Заключительным этапом коррекции с помощью переднего репозиционного узла устраняли оставшееся ротационное смещение как описано выше, создавали компрессию между фрагментами и аппарат стабилизировали (рис. 4).

После устранения деформации тазового кольца внутреннюю фиксацию лонных костей и симфиза произвели с помощью реконструкционных пластин у двух больных этой группы. Окончательную фиксацию достигнутого положения в одном случае создали с помощью илиосакрального винта, введенного через подвздошную кость в крестец.

Частичную нагрузку на поврежденную сторону разрешали после окончания всех вмешательств, постепенно доводя ее до полной в течение месяца.

При оперативном лечении 4 больных с нестабильной вертикальной деформацией проведено девять операций. В одном случае потребовалась остеотомия

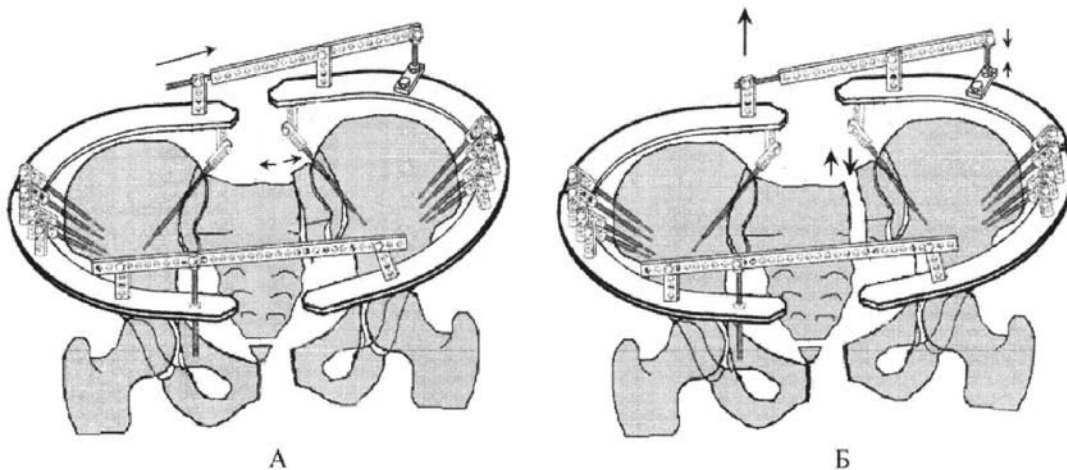


Рис. 2. Схема устранения краниального смещения при вертикальной деформации таза (А – создание диастаза в зоне остеотомии крестца, Б – устранение вертикального смещения)

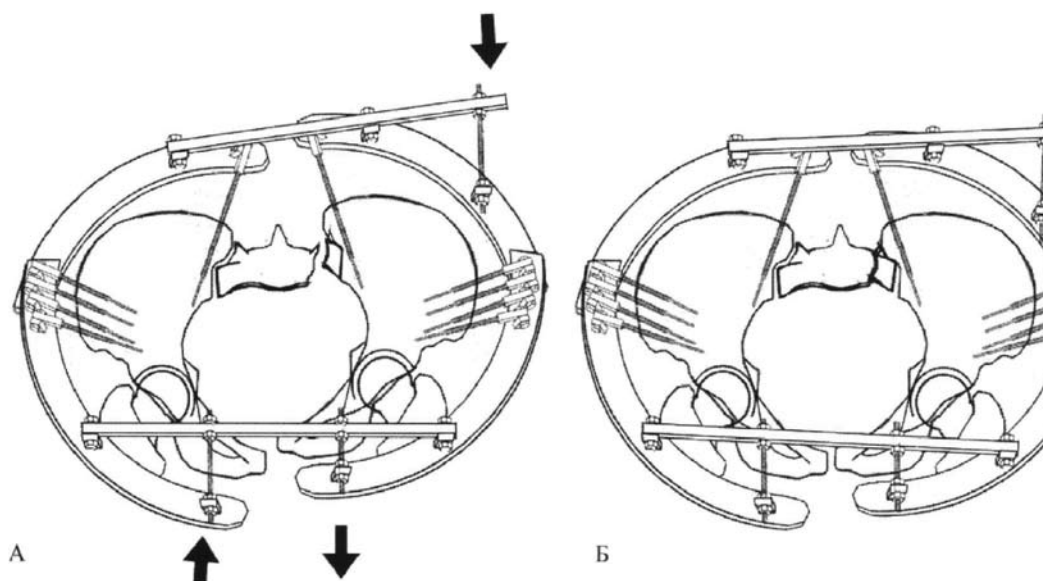


Рис. 3. А – схема устранения переднезаднего смещения, Б – деформация таза устранена

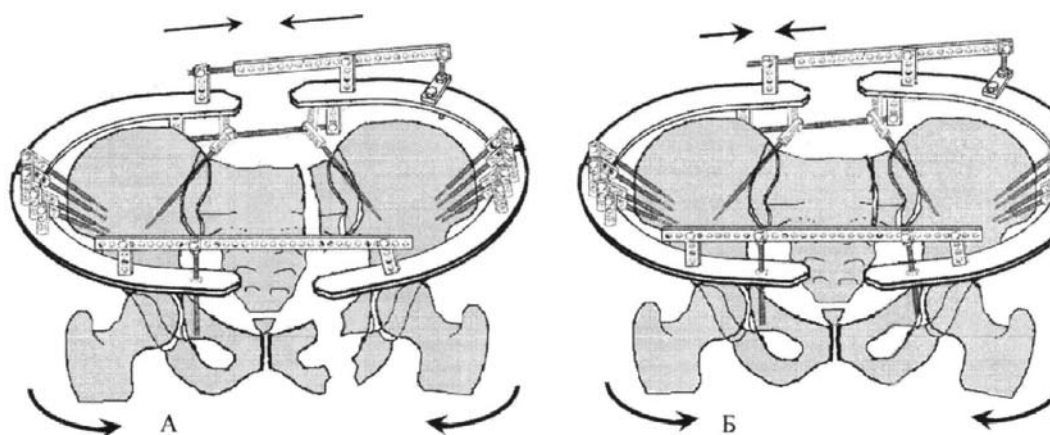


Рис. 4. А – схема создания компрессии между отломками после устранения ротационных смещений, Б – аппарат стабилизирован

крестца и синтез несросшегося перелома крыла подвздошной кости компрессирующими винтами, в двух – после устранения смещений половин таза фиксация в аппарате была дополнена синтезом переднего полукольца таза реконструкционной пластиной (2 пациента) и введением компрессирующего винта через крестцово-подвздошное сочленение (1 пациент).

Срок фиксации в аппарате составлял не менее четырех месяцев после окончательной стабилизации отломков. Снятие аппарата производили при наличии клиничко-рентгенологической картины сращения после проведения клинической пробы. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате составлял 201,6 суток.

Устранение стабильной вертикальной деформации таза. При стабильных вертикальных деформациях таза неподвижность краниально смещенной половины таза обусловлена неправильным сращением как в передних, так и в задних отделах таза. Для устранения данного типа деформаций необходимо, как правило, проведение остеотомии не только крестца, но и лонной и седалищной кости на стороне большего смещения.

Операцию производили в три этапа под общим обезболиванием на рентген-негативном операцион-

ном столе с использованием электронно-оптического преобразователя. Первым этапом в положении больного на спине производили остеотомию лонной кости. Вторым этапом после поворота пациента на живот для последовательного проведения остеотомии седалищной кости и боковой массы крестца. После достижения явной подвижности половины таза вводили стержни в задние ости подвздошных костей. Третьим этапом больного укладывали на спину на операционный стол с нишей на уровне таза, вводили стержни в передние отделы безымянных костей и монтировали аппарат.

Компоновка аппарата, начало и темп дистракции, порядок устранения смещений окончательная стабилизация тазового кольца внутренними фиксаторами и сроки нахождения пациента в аппарате были аналогичны таковым, как при лечении нестабильных вертикальных деформаций таза.

Оперативное восстановление стабильной вертикальной деформации проведено семерым больным. При этом выполнено 18 операций. У четырех пациентов потребовалась остеотомия костей переднего полукольца таза, из них двум одновременно была выполнена остеотомия крестца. В пяти случаях окончательная

стабилизация в аппарате была дополнена введением илиосакрального компрессирующего винта.

Фиксация аппаратом продолжалась в среднем четыре месяца после окончательной стабилизации при наличии рентгенологической картины сращения и отрицательного результата клинической пробы. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате с учетом времени коррекции и стабилизации костей таза составил 168,7 суток.

Устранение стабильной ротационной деформации таза. Стабильная ротационная деформация характеризуется неподвижностью половины или сегмента таза, как правило, и в переднем и заднем отделе, с ротацией безымянной кости относительно крестца. Поэтому, для коррекции деформации таза обязательны мобилизующие остеотомии в местах неправильного сращения костей таза.

По поводу стабильной ротационной деформации таза было проведено 11 операций четверым больным. В трех случаях наложению аппарата предшествовала остеотомия переднего полукольца таза, а у одного пациента одновременно с этой операцией была произведена остеотомия крестца. У трех больных после устранения деформации тазового кольца потребовалась дополнительная внутренняя фиксация костей таза: остеосинтез отломков подвздошной кости пластиной (2 случая) и введение илиосакральных винтов (1 случай).

Аппарат снимали не раньше, чем через четыре месяца с обязательным проведением клинической пробы и при наличии рентгенологической картины сращения мест остеотомий. Средний срок пребывания больных в аппарате с момента проведения чрескостного остеосинтеза составил 179,0 суток.

Обсуждение. 25 больным с застарелыми деформациями тазового кольца было проведено оперативное лечение по разработанным технологиям, при этом было сделано 55 вмешательств. Все больные имели деформации тазового кольца II-III степени давностью от 3 месяцев до 6 лет. Из них ротационных деформаций всего было 14, вертикальных – 11, стабильных деформаций – 11, нестабильных – 14. У 22 пациентов дооперационное функциональное состояние таза было оценено как плохое и лишь у трех человек как удовлетворительное.

Заключение. Во всех случаях для коррекции деформации и стабилизации достигнутого положения костей использовался оригинальный аппарат внешней фиксации. Описаны особенности конструкции аппарата, методика его наложения, техника остеотомий тазовых костей и применявшихся методик внутренней фиксации их и сочленений таза. Представлены особенности этапного устранения различных видов деформаций таза по разработанным методикам, согласно предложенной рабочей классификации.

Библиографический список

1. The minimally invasive stabilization of the dorsal pelvic ring with the transiliacal internal fixator (TIFI) – surgical technique and first clinical findings / B. Fuchtmeier, M. Maghsudi, C. Neumann et al. // Unfallchirurg. – 2004. – Vol. 107, № 12. – P. 1142-1151.
2. Delayed union of a sacral fracture: percutaneous navigated autologous cancellous bone grafting and screw fixation / R.W. Huegeli, P. Messmer, A.L. Jacobet et al. // Cardiovasc Intervent Radiol. – 2003. – Vol. 26, № 5. – P.502-505.
3. Functional outcome of open reduction and internal fixation for completely unstable pelvic ring fractures (type C): a report of 40 cases / S. Kabak, M. Halici, M. Tuncel et al. // J. Orthop. Trauma. – 2003. – Vol.17, № 8. – P.555-562.