

А.Н. Грищук, Н.В. Тишков, М.Э. Пусева, А.В. Ткаченко

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НЕСВЕЖИХ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В работе представлен случай лечения пациента с застарелым повреждением костей таза, разрушением вертлужной впадины, вывихом бедра и переломами костей предплечья. Для оптимизации функционального исхода лечения применен индивидуальный подход при планировании методов остеосинтеза с определением его вида, последовательности и сроков выполнения. Полученный результат лечения показывает, что в лечении пациентов с несвежими множественными повреждениями костей скелета целесообразно использовать методы, позволяющие не только создавать условия для достижения консолидации перелома в правильном положении, но и обеспечить раннее полноценное восстановление функции поврежденного сегмента.

Ключевые слова: повреждения таза, предплечья, чрескостный остеосинтез, эндопротезирование

TO THE QUESTION OF MANAGEMENT OF OLD MULTIPLE INJURIES OF SKELETAL BONES

A.N. Grishchuk, N.V. Tishkov, M.E. Puseva, A.V. Tkachenko

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The article presents the case of old skeletal bones injury, destruction of acetabulum, hip displacement and forearm bones fractures. To achieve the best outcome individual approach was applied in choosing the type of osteosynthesis method, succession and terms of measurements realization. The achieved result shows that in management of patients with old multiple injuries of skeletal bones it is recommended to use such methods of treatment which performs conditions both for correct fracture consolidation and for full early restoration of damaged segment functioning.

Key words: hip and forearm damages, perosseous osteosynthesis, endoprosthesis

В клинике травматологии НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН для лечения пациентов с несвежими множественными повреждениями используется индивидуальный подход при планировании методов остеосинтеза с определением его вида, последовательности и сроков выполнения, что позволяет оптимизировать восстановительный период лечения.

Сущность подхода в лечении несвежих множественных повреждений может быть продемонстрирована на следующем клиническом примере.

Пациент С., 50 лет, инвалид II группы, поступил в клинику травматологии НЦ с диагнозом множественная травма. Закрытый несвежий перелом крыши и дна вертлужной впадины слева со смещением фрагментов, разрыв лонного сочленения, застарелое частичное повреждение крестцово-подвздошного сочленения слева, ротационная нестабильность левой половины таза, верхний подвывих левой бедренной кости, посттравматический левосторонний коксартроз IV степени. Укорочение левой нижней конечности 2 см. Открытый IA степени несвежий оскольчатый перелом средней трети диафизов костей левого предплечья со смещением фрагментов (рис. 1).

Анамнез заболевания. В 1999 г. во время ДТП произошел травматический вывих левого бедра. Вывих под наркозом вправлен закрыто. Имобилизация кокситной гипсовой повязкой в течение 4 недель. Шесть месяцев пациент ходил при помощи костылей с ограничением нагрузки на левую нижнюю конечность. С 2001 года пациента стали беспокоить боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе.

В 2004 г. в результате ДТП получил сочетанную травму — закрытую черепно-мозговую травму. Ушиб головного мозга. Закрытый перелом IV — IX ребер справа. Ушиб легких. Закрытый перелом вертлужной впадины слева, вывих бедра. Разрыв лонного и крестцово-подвздошного сочленения слева. Открытый IA степени оскольчатый перелом костей левого предплечья.

Первая помощь в виде противошоковых мероприятий оказана в ЦРБ по месту жительства. Далее лечение в условиях городской больницы, где предпринята попытка консервативного лечения повреждений таза и бедра — скелетное вытяжение. На сегменте предплечья выполнено оперативное вмешательство: открытая репозиция костей предплечья, фиксация гипсовой повязкой. Предпринятые попытки консервативного лечения повреждений костей таза и открытое вмешательство на костях предплечья оказались безуспешными.

На 32 сутки после травмы пациент переведен в клинику травматологии НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, где согласно определенному индивидуальному алгоритму реабилитации предстоящее лечение было разделено на 2 этапа. Первым этапом (на 41 сутки после травмы) пациенту выполнена операция: чрескостный остеосинтез костей левого предплечья стержневым аппаратом внешней фиксации отдельной компоновки. Задача этого этапа состояла в устранении смещения фрагментов костей левого предплечья во времени и создании благоприятных условий для консолидации перелома, восстановлении функ-



Рис. 1. Рентгенограммы костей таза и левого предплечья пациента С. до лечения.

ции верхней конечности. Для остеосинтеза была выбрана компоновка чрескостного аппарата с раздельной фиксацией лучевой и локтевой костей, позволяющая в раннем послеоперационном периоде, кроме восстановления функции в смежных суставах, сохранять и ротационные движения предплечья. Учитывая сроки после травмы и имеющееся смещение фрагментов, репозиция перелома проводилась во времени за счет дозированной дистракции. На 14 сутки после операции удалось достичь удовлетворительного стояния фрагментов, аппарат переведен в режим фиксации (рис. 2). Проводимые в послеоперационном периоде занятия ЛФК в выбранной компоновке чрескостного аппарата позволили пациенту на седьмые сутки после операции полностью обслуживать себя левой верхней конечностью.

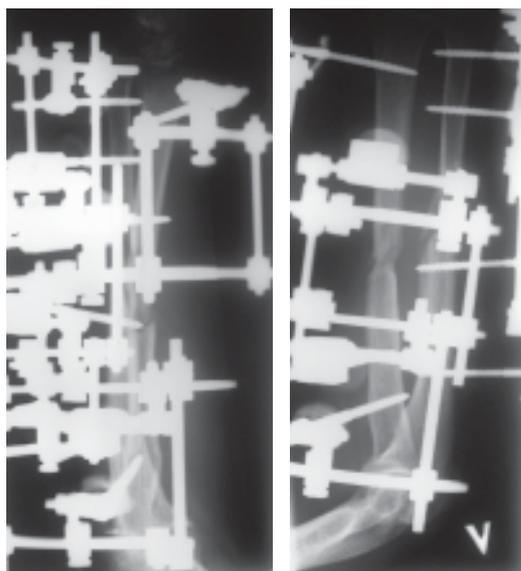


Рис. 2. Рентгенограммы костей предплечья во время фиксации в АВФ.

Задачей второго этапа реабилитации было определено восстановление опороспособности и

двигательной функции нижней конечности. Для этого необходимо было восстановить целостность тазового кольца и устранить ротационную нестабильность костей таза. Согласно рентгенологическим исследованиям и компьютерной томографии для восстановления функции в тазобедренном суставе были определены показания для первичного эндопротезирования тазобедренного сустава.

На 57 сутки после травмы (16 сутки после первой операции) выполнено оперативное вмешательство, состоявшее из двух последовательных этапов: 1. Тотальное бесцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава конструкцией «Stryker». 2. Чрескостный остеосинтез костей таза стержневым аппаратом.

1. Во время операции было выявлено, что головка бедренной кости имеет грибовидную форму с дефектом по передней 1/3 поверхности сферы, разрушение хряща головки, краевые оссификаты вследствие деформирующего артроза. Был выявлен консолидированный перелом дна и дефект заднего края вертлужной впадины. Выполнена костная пластика дна вертлужной впадины, имплантация чашки «SecurFit™» 56 мм, укрепление чашки двумя винтами. Полное покрытие имплантированной чашки позволило воздержаться от реконструкции заднего края впадины. Имплантация тазового компонента стабильная.

Бедренный компонент протеза «Omnifit®» 10 имплантирован без особенностей. После вправления бедренного компонента движения в тазобедренном суставе в полном объеме, вправление устойчивое, ориентация протеза правильная, длина конечности восстановлена. Рана дренирована дренажной системой для послеоперационной реинфузии крови «HandyVac».

2. Для устранения смещения костей таза выполнен чрескостный остеосинтез стержневым аппаратом. В гребни подвздошных костей проведено по 2 винтовых стержня, наружная конструкция смонтирована с учетом имеющихся смещений

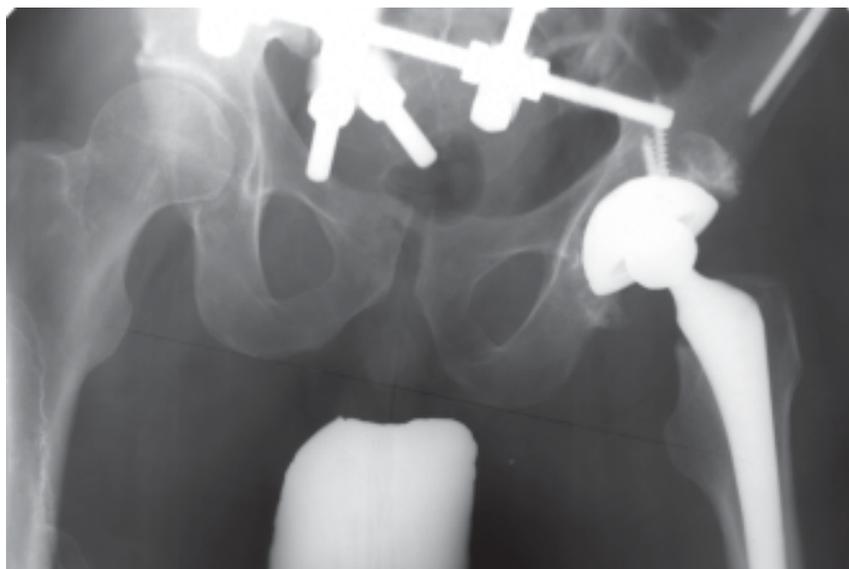


Рис. 3. Рентгенограммы костей таза во время фиксации в АВФ.

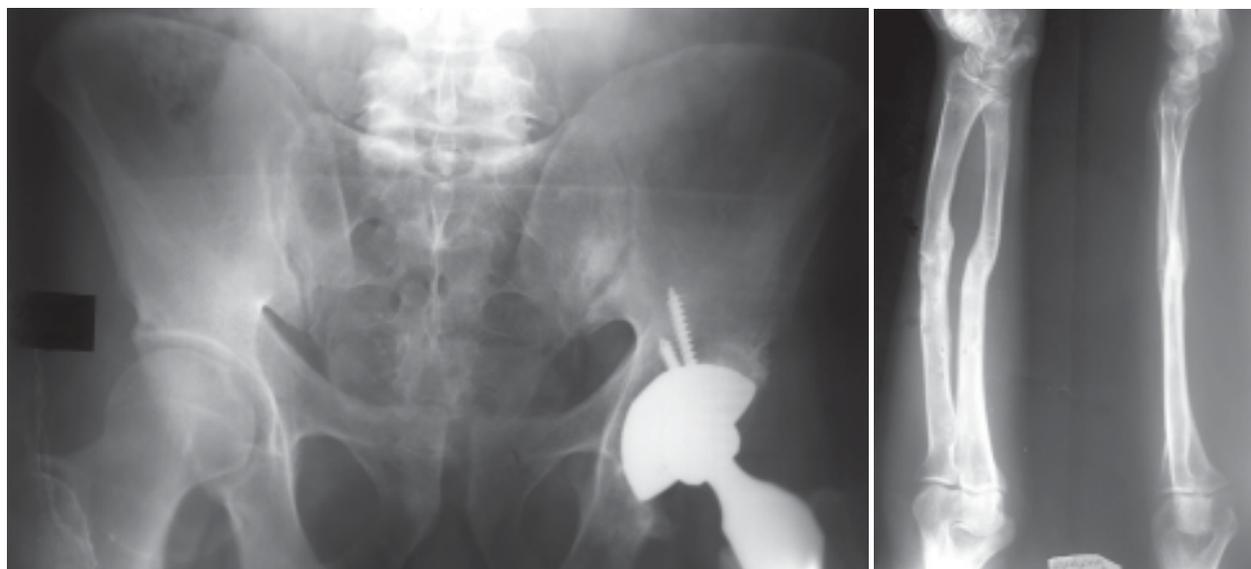


Рис. 4. Рентгенограммы костей таза и левого предплечья пациента С. после демонтажа АВФ.

костей таза, возможностью проведения закрытой репозиции и стабильной фиксации.

В послеоперационном периоде полное устранение расхождения в лонном сочленении достигнуто на третьи сутки, и чрескостный аппарат переведен в режим фиксации (рис. 3). На вторые сутки после операции пациент приступил к занятиям ЛФК суставов нижних конечностей.

Стабильная фиксация костей таза и предплечья позволила пациенту на 5 сутки после операции приступить к ходьбе при помощи костылей с ограничением нагрузки на оперированную конечность. Через 2 недели после операции активное сгибание в оперированном тазобедренном суставе 80°. В положении на спине пациент поднимал и удерживал оперированную нижнюю конечность 2 минуты.

На 55 сутки после поступления в клинику пациент выписан на амбулаторный этап лечения, где смог полностью обслуживать себя и выполнять посильную работу по дому.

Фиксация костей таза и костей левого предплечья чрескостными аппаратами составила 90 дней (рис. 4). После демонтажа аппаратов внешней фиксации жалоб нет, пациент ходит без средств дополнительной опоры, анатомия тазового кольца и костей левого предплечья восстановлена, клинические симптомы нестабильности отрицательные. Движения в тазобедренном, локтевом, кистевом суставах и ротационная функция предплечья в полном объеме. Анатомический результат расценен как хороший, функциональный результат — отлично.

Таким образом, мы считаем, что в лечении пациентов с несвежими множественными повреждениями костей скелета целесообразно использовать методы, позволяющие не только создавать условия для достижения консолидации перелома в правильном положении, но и обеспечивать раннее полноценное восстановления функции поврежденного сегмента.