

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СМЕЩЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

А.С. Шерстянников

Кировская областная клиническая больница № 3 (главврач – С.Г. Горев)

Частота переломов вертлужной впадины в последнее время неуклонно растет в связи с ростом числа тяжелых травм, в том числе множественных и сочетанных повреждений [1, 2, 3]. При относительно невысоком удельном весе переломов костей таза в числе всех переломов костей скелета наличие у пострадавшего травмы таза, и в частности перелома вертлужной впадины, значительно усложняет лечение и ухудшает прогноз [3]. Используемый ранее консервативный метод лечения помимо невозможности ранней мобилизации пациента зачастую не устраняет полностью смещение отломков, что в 40–60% случаев приводит к неблагоприятным результатам [3, 5]. Быстро развивающийся при этом коксартроз диктует необходимость применения таких дорогостоящих и трудоемких методов лечения, как эндопротезирование тазобедренного сустава [1, 2]. В связи с этим все шире ставятся показания к хирургическому лечению повреждений вертлужной впадины. Это также обусловлено внедрением и развитием таких высокотехнологичных методов диагностики, как компьютерная томография (КТ). Проведение ее значительно облегчает определение лечебной тактики и планирование оперативного лечения [2, 4].

Работы большинства отечественных авторов посвящены применению чрескостного остеосинтеза в лечении переломов вертлужной впадины. Достоинствами этих методик справедливо считаются малая травматичность вмешательства, возможность достижения точной репозиции без обнажения зоны перелома, а также управляемая разгрузка тазобедренного сустава для профилактики развития коксартроза, особенно при многооскольчатых переломах [2, 3].

Широко применяемый зарубежными травматологами подход к лечению чрезвертлужных переломов таза состоит в открытой репозиции и стабильной внутренней фиксации перелома с целью скорейшей мобилизации пациента и раннего восстановления функций поврежденного су-

става [4, 5]. В литературе встречаются лишь немногочисленные сообщения о возможности комбинации обоих методов лечения. К недостаткам метода чрескостного остеосинтеза относят трудность репозиции при сложных смещенных переломах, возможность возникновения "фиксированного смещения" в аппарате, необходимость длительной фиксации, что плохо переносится пациентами, а также возможность местных инфекционных осложнений вокруг опор аппарата. Для открытого остеосинтеза и стабильной внутренней фиксации, помимо широкого доступа, необходимо большое количество специальных инструментов и имплантатов, что ограничивает применение метода в широкой лечебной сети. На наш взгляд, комбинация двух описанных выше методов может нивелировать отмеченные недостатки, особенно при выработке дифференцированного подхода к выбору индивидуальной лечебной тактики.

Целью нашего исследования являлось повышение эффективности лечения больных со смещенными переломами вертлужной впадины путем разработки различных способов оперативного лечения и определения четких показаний к каждому из них.

Основная и контрольная группы состояли из 52 пациентов и были сопоставимого пола и возраста. Больные основной группы были в возрасте от 17 до 68 лет (в среднем 38,2 года). Мужчин в группе было 44 (84,6%). У 49 пострадавших травмы были автодорожными, у одного – кататравма, у одного – спортивная травма, у одного – сдавление таза тяжелым предметом. У 2 пациентов чрезвертлужные переломы были двусторонними. Сопутствующие повреждения имелись у 15 (28,8%) пациентов, причем у 3 (5,7%) из них более двух локализаций. К сопутствующим повреждениям относились черепно-мозговая травма (2), переломы ребер (1), тупая травма живота с повреждением внутренних органов (1), разрыв уретры (2), перелом плечевой кости (5), перелом костей голени (5), переломы шейки бедренной кости на сто-

роне чрезвертлужного перелома (3), повреждения связок коленного сустава (1).

У 27 (51,9%) больных основной группы был перелом задней стенки вертлужной впадины с задним вывихом головки бедра, у остальных – переломы колонн в различных вариантах. Возраст больных контрольной группы варьировал от 16 до 56 лет (в среднем 35,6 года). Мужчин в группе было 34 (65,3%). В 49 случаях механизм травмы был автодорожный, в 2 – кататравма, в одном – тракционный механизм с элементами сдавления таза (производственная травма). Сопутствующие повреждения имелись у 22 (42,3%) пострадавших, причем у 5 из них двух и более локализаций: перелом надколенника (1), черепно-мозговая травма (6), перелом плечевой кости (3), перелом костей голени (4), переломы ребер (4), перелом предплечья (3), травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства (6).

У 19 (36,5%) больных контрольной группы имелся перелом задней стенки вертлужной впадины с задним вывихом бедра, в том числе у 5 из них в сочетании с переломами других отделов вертлужной впадины. У остальных больных имелись переломы колонн в различных вариантах.

Все больные основной группы были прооперированы.

При переломах задней стенки вертлужной впадины применялся открытый остеосинтез пластиной из доступа Dallinger с фиксацией стержневым аппаратом собственной компоновки (патент РФ № 2240745).

Помимо указанного устройства при переломах колонн впадины использовались устройства для репозиции смещенных переломов передней колонны вертлужной впадины (патент РФ № 2248767 по заявке № 2002135264), способ лечения смещенных переломов вертлужной впадины (патент РФ № 2248762) собственной разработки. Открытая репозиция чрезвертлужных переломов производилась из подвздошно-пахового доступа.

Способ лечения смещенных переломов вертлужной впадины (патент РФ № 2248762) заключается в следующем: посредством аппарата внешней фиксации устраняют протрузию головки бедра, осуществляя открытую репозицию отломков вертлужной впадины, фиксируют пластиной, причем один конец ее устанавливают в малом тазу, а другой конец фиксируют винтами к внутренней поверхности подвздошной

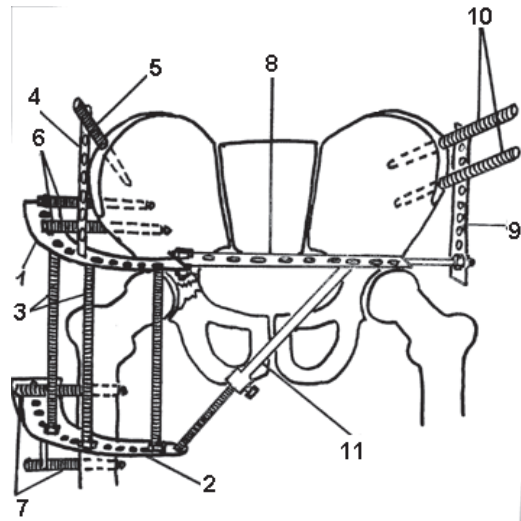


Рис. 1. Устройство для лечения чрезвертлужных переломов таза.

кости выше безымянной линии, что обеспечивает жесткость фиксации и предупреждает рецидив протрузии.

Устройство для лечения чрезвертлужных переломов таза (патент РФ № 2240745) содержит опоры, соединяющие их планки, штанги, костные стержни. С одной стороны опоры выполнены в виде сегментов, с другой – в виде вертикальной планки. Проксимальная и дистальная опоры соединены между собой штангами без промежуточной опоры напрямую. Опора в виде вертикально расположенной планки установлена с возможностью перемещений и фиксаций на резьбовом конце горизонтальной планки, неподвижно закрепленной на проксимальной опоре контрлатеральной стороны (рис. 1).

Устройство для репозиции смещенных переломов передней колонны вертлужной впадины (патент РФ № 2248767) содержит опоры, закрепленные посредством костных стержней на костях таза и бедренной кости поврежденной стороны, соединенные между собой резьбовыми и телескопическими штангами и планкой. Костные стержни для переднего смещенного фрагмента расположены под углом друг к другу и установлены с возможностью осевых перемещений и фиксации в отверстиях кольцевидных головок резьбовых штанг, которые размещены в переднем отделе проксимальной опоры поврежденной стороны с возможностью осевых и ротационных перемещений и фиксации. Костный стержень для интактного отдела под-

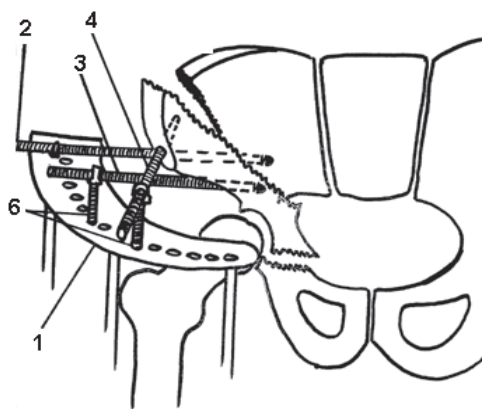


Рис. 2. Устройство для репозиции смещенных переломов передней колонны вертлужной впадины.

вздошной кости закреплен неподвижно (рис. 2).

В контрольной группе из 52 больных были прооперированы 11 (21%), из них 9 – по поводу перелома задней стенки впадины и 2 – по поводу смещенных переломов колонн. Остальных больных лечили методом скелетного вытяжения. Доступом к задней стенке впадины являлся способ Кохера–Лангенбека с фиксацией отломка винтами и последующим скелетным вытяжением, к колоннам вертлужной впадины – подвздошно-паховый и расширенный подвздошно-бедренный пути. Срок наблюдения в основной группе составил до 4,5 лет, в контрольной – до 8 лет.

У больных основной группы инфекционные осложнения не возникали. Не применялись интра- и послеоперационные трансфузии компонентов крови. Подвздошно-бедренный тромбоз развился в одном случае, нейропатия седалищного нерва – в 2, бедренного – в одном. Все осложнения были полностью купированы.

Исходя из критериев функциональной оценки результаты лечения больных основной группы в отдаленном периоде признаны отличными у 22 (42,3%), хорошими у 19 (36,5%), удовлетворительными у 9 (17,4%) и плохими у 2 (3,8%).

У 3 (27,3%) из 11 оперированных контрольной группы возникли инфекционные осложнения, у 38 из 52 (15,4%) – тромбозы глубоких вен, в том числе у одного прооперированного; по одному случаю на 11 оперированных были представлены нейропатии бедренного и седалищного нервов. Все осложнения купированы. Опе-

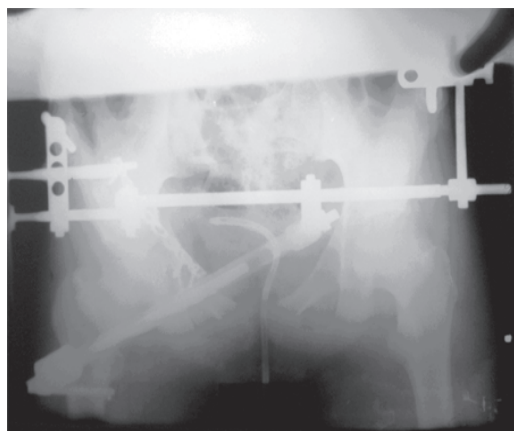


Рис. 3. Рентгенограмма больного Б. после операции.

рации проходили с интра- или послеоперационным переливанием компонентов крови. Кроме того, у 10 из 52 больных контрольной группы развивались пролежни разной выраженности.

Отдаленные результаты в контрольной группе признаны отличными в 8 (15,4%) случаях, хорошими в 17 (32,7%), удовлетворительными в 19 (36,5%), плохими в 8 (15,4%).

В качестве иллюстрации приводим клинические примеры разной лечебной тактики при смещенных чрезвертлужных переломах.

К., 38 лет, поступил в клинику после ДТП 19.11.1999 г. Проводились противошоковые мероприятия, наложено двойное скелетное вытяжение. Консервативное лечение вытяжением продолжалось в течение 10 недель. Полного устранения смещения достичь не удалось. Контрольный осмотр через 4 года после травмы выявил выраженный болевой синдром, ограничение объема движений в тазобедренном суставе. В течение 3 лет больной передвигается с помощью костылей.

Б., 21 год, поступил в клинику 19.09. 2004 г. с множественной скелетной травмой: чрезвертлужный перелом таза справа с вовлечением передней колонны и диастазом в 1,5 см, а также закрытый перелом правой голени в средней трети со смещением. Диагноз был подтвержден КТ. На 16-е сутки был проведен остеосинтез правой вертлужной впадины реконструктивной пластиной и стержневым аппаратом собственной конструкции из подвздошно-пахового доступа с одновременным остеосинтезом правой большеберцовой кости с LC-DCP пластиной (рис. 3). Через 9 месяцев после операции болевых ощущений нет, пациент ходит не хромая с полной опорой на ногу, имеется незначительная контрактура тазобедренного сустава.

Для достижения положительных результатов лечения смещенных чрезвертлужных переломов таза необходим диф-

ференцированный подход, сочетающий активную хирургическую тактику с четким определением показаний к каждому методу лечения, что наглядно демонстрируют результаты лечения больных обеих групп. Положительные результаты лечения возможны после исчезновения как закрытой внеочаговой фиксации, так и открытого оперативного вмешательства, особенно при комбинации этих методов. При определении метода операции важна полноценная диагностика. Доступ к различным отделам вертлужной впадины должен быть наименее травматичным, но обеспечивать хороший обзор и удобство манипуляций в ране. Этим требованиям отвечают доступ Dallingер и подвздошно-паховый доступ, примененные нами в основной группе. Компоновка аппарата внешней фиксации должна быть компактной, относительно простой в наложении, создавать достаточную стабильность фиксации, а также иметь определенные репозиционные возможности. Этим требованиям соответствуют устройства, разработанные и примененные у больных основной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буачидзе О.Ш. Переломо-вывихи в тазобедренном суставе. – М., 1993.
2. Кутенов С.М., Рунков А.В. // Травматол. и ортопед. Росс. – 1995. – № 3. – С. 13–17.
3. Нигматуллин К.К. // Травматол. и ортопед. Росс. – 1995. – № 3. – С. 6–7.
4. Мюллер М.Е., Альговер М., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. – Berlin, 1996. – С. 501–518.
5. Letournel E. // Clin. Orthop. – 1980. Sep. – Vol.151. – P. 81–106.

Поступила 22.11.05.

TREATMENT OF PATIENTS WITH DISLOCATED FRACTURES OF ACETABULUM

A.S. Sherstyaniukov

Summary

Efficacy of two methods of treatment of patients with dislocated fractures of acetabulum was analysed. 52 patients of main group were surgically treated with device created by the author, while 52 other patients were mostly treated conservatively. It was found that the results of active surgical treatment were significantly better than those of conservative group.

УДК 616. 8 – 009. 12 – 092 – 053. 2

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ

Г.И. Сафиуллина

Кафедра неврологии и рефлексотерапии (зав. – проф. Г.А. Ивановичев)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Одним из проявлений патологической активности в ЦНС являются тики – неожиданные, быстрые, стереотипные, повторяющиеся, неритмизированные, кратковременные, нецелесообразные движения или вокализация. Тики существенно ухудшают качество жизни больных, в периоде обострения приводят к социальной дезадаптации и нарушению обучения. Распространенность тиков среди детского населения колеблется от 4 до 24% и преобладает у мужского пола, что обуславливает их чрезвычайную актуальность [1, 2, 9]. Наряду с широкой распространенностью, тики характеризуются упорным течением, наличием рецидивов, трансформацией в части случаев в развернутые невротические состояния, а также встречаются в виде

тяжелых форм, к которым относится, в частности, синдром Жиль де ля Туретта [7]. Наибольшая частота заболевания приходится на период от 4 до 6 лет, оставаясь достаточно высокой в возрасте 7–9 лет и снижаясь до минимума к 15–16 годам [1, 4, 14]. У 7,6% больных с тиками наблюдается семейная отягощенность заболеванием [4, 9]. У детей тики встречаются значительно чаще, чем у взрослых [2, 6, 8]. Среди этиологических факторов названы неблагоприятная домашняя обстановка, перемна быта (переезд), перенесенные заболевания, различные психогенные травмы [2, 9]. В развитии данного страдания подчеркивается значимость роли пре- и перинатальной патологии [1, 2, 4, 7, 9].

На основании клинических критериев