

В помощь практическому врачу

© С.И.Швед, Ю.М.Сысенко, 1998

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

С.И.Швед, Ю.М.Сысенко

A TECHNIQUE FOR TREATMENT OF SEVERE PELVIC INJURIES

S.I.Shved, Y.M.Sysenko

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ В.И. Шевцов)

В сообщении обосновывается актуальность проблемы лечения больных с тяжелыми повреждениями таза. Описана методика чрескостного остеосинтеза при вышеуказанных повреждениях. Делается вывод о высокой эффективности предлагаемого способа для лечения данной категории пострадавших.

Ключевые слова травма, повреждения таза, чрескостный остеосинтез, аппарат Илизарова.

Actuality of the problem concerning treatment of patients with severe pelvic injuries is substantiated in the work. Technique of transosseous osteosynthesis is described for the above-mentioned injuries. A conclusion is drawn about high effectiveness of the proposed technique for the given category of patients.

Keywords: trauma, pelvic injuries, transosseous osteosynthesis, the Ilizarov apparatus.

Повреждения костей таза составляют 4-7% от всех переломов и относятся к группе тяжелых травм [2].

Одна из основных функций таза - передача нагрузки туловища на нижние конечности (опорность таза) - обусловлена целостностью тазового кольца [1]. В зависимости от заинтересованности в переломе тазового кольца и вертлужной впадины, повреждения костей таза делятся на четыре большие группы [1, 2]:

1. Краевые переломы;
2. Переломы тазового кольца без нарушения его непрерывности;
3. Переломы с нарушением непрерывности тазового кольца;
4. Переломы вертлужной впадины.

Переломы с нарушением непрерывности тазового кольца относятся к самым тяжелым повреждениям таза: они у всех больных сопровождаются шоком, обусловленным болевым синдромом и выраженной кровопотерей, часто сочетаются с повреждениями органов брюшной полости или мочевыводящих путей, а также повреждениями нижних конечностей [3].

В этой группе особое место занимают комбинированные повреждения тазового кольца, когда травмируются его передний и задний отделы. Та-

кие повреждения происходят в результате сдавления крыльев подвздошных костей с боков. При этом обе половины таза сближаются и в переднем отделе происходит разрыв лонного сочленения или перелом лонных или седалищных костей, а сзади - разрыв крестцово-подвздошного сочленения или вертикальный перелом подвздошной кости. Под влиянием сокращения подвздошно-поясничной мышцы, квадратной мышцы поясницы и косых мышц живота наружная часть таза смещается вверх [1, 2].

Естественно, что лечение данной категории пострадавших представляет для травматологов большие затруднения. Различные способы традиционных методов лечения, как правило, травматичны, не позволяют добиться точной репозиции костей таза, не обеспечивают их стабильной фиксации, не функциональны, сопровождаются большим количеством осложнений как со стороны костей таза, так и со стороны внутренних органов брюшной полости или мочевыводящих путей, что, в конечном итоге, приводит к большому проценту плохих исходов и инвалидности. И, конечно же, все эти трудности во много раз увеличиваются, если больные поступают не сразу после получения травмы, а через некоторый (иногда очень длительный!) промежуток времени - с застарелыми, неправильно

срастающимися или неправильно сросшимися переломами.

В нашем Центре разработан и успешно применяется способ лечения такой сложной категории пострадавших с использованием специальной конструкции аппарата Илизарова, суть которого будет объяснена ниже.

Больной Ш., 27 лет, инвалид II группы, поступил на лечение в РНЦ "ВТО" им. акад. Г.А. Илизарова 14.10.94 г. с диагнозом: Застарелые разрывы лонного и правого крестцово-подвздошного сочленений таза (рис.1).



Рис. 1. Рентгенограмма больного Ш., 27 лет, при поступлении.

Из анамнеза известно, что травма получена 10.05.94 г. Травма прямая, производственная. Обстоятельства получения травмы: находясь в состоянии алкогольного опьянения, был зажат между бамперами двух машин.

С места получения травмы пострадавший был доставлен в хирургическое отделение городской больницы г. Новый Уренгой (Тюменская область), где ему произвели лапаротомию, ушивание ран брюшной тонкой кишки и дренирование брюшной полости. Лечение повреждений таза осуществляли при помощи скелетного вытяжения за спицу, проведенную через дистальный эпиметафиз правой бедренной кости (вес груза 15 кг), и фиксации таза гамаком.

Через 5,5 месяцев после получения травмы, когда была устранена хирургическая патология, больной обратился за медицинской помощью в наш Центр.

При поступлении он предъявлял жалобы на боли в правой половине таза и правом бедре, на хромоту на правую ногу при ходьбе.

При обследовании у пострадавшего выявлено следующее: умеренная атрофия мягких тканей правой нижней конечности, ограничение объема

движений в правом тазобедренном суставе, функциональное укорочение правой нижней конечности на 4 см, при пальпации в области правого крестцово-подвздошного сочленения определялась выступающая сверху подвздошная кость.

25.10.94 г. под эпидуральной анестезией было произведено наложение аппаратов Илизарова на таз и оба бедра. При этом подсистема аппарата Илизарова, фиксирующая правую половину таза, была шарнирно соединена с подсистемой, фиксирующей левую половину таза, при помощи трех телескопических (дистракционных) стержней, а с аппаратом на правом бедре – жестко при помощи трех стержней со сплошной винтовой резьбой. Подсистема аппарата Илизарова, фиксирующая левую половину таза, также была жестко соединена с аппаратом на левом бедре при помощи трех телескопических (дистракционных) стержней. Имобилизация тазобедренных суставов была произведена для того, чтобы в процессе репозиции костей таза не произошли вывихи бедер в этих суставах.

После этого аппарат Илизарова на тазе был перекрестно соединен с аппаратами на бедрах при помощи четырех телескопических (дистракционных) стержней, а именно: подсистема аппарата, фиксирующая правую половину таза, была соединена с аппаратом на левом бедре двумя телескопическими (дистракционными) стержнями, а подсистема аппарата, фиксирующая левую половину таза, была таким же образом соединена с аппаратом на правом бедре (рис.2).

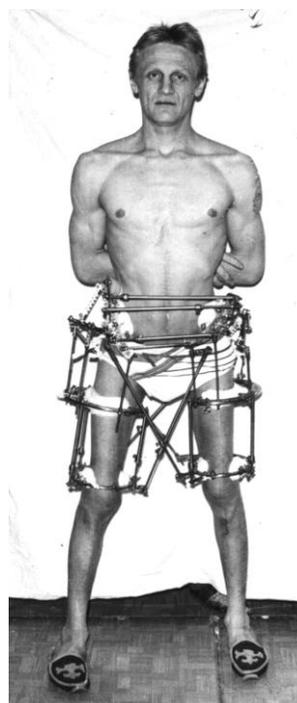


Рис. 2. Фото больного Ш., 27 лет, после наложения аппаратов Илизарова на таз, правое и левое бедра.

В послеоперационном периоде в течение 20 дней, постепенно и дозированно (по 0,5 мм 4 раза в день), осуществляли низведение правой половины таза, при этом по первым двум телескопическим (дистракционным) стержням производили компрессию, а по вторым – дистракцию.

15.11.94 г., после устранения смещения костей таза относительно друг друга, с целью стабилизации тазового кольца, под внутривенным обезболиванием произвели иссечение рубцовой и хрящевой тканей в области лонного сочленения, в верхних ветвях лонных костей сформировали продольный желобок, в который поместили аутотрансплантат, взятый из гребня левой большеберцовой кости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Вначале больной передвигался у кровати, держась за балканскую раму, а после снятия 12.01.95 г. аппарата Илизарова с правого бедра он начал ходить при помощи двух костылей (рис. 3). Аппарат Илизарова с правого бедра был снят 3.02.95 г. (рис. 4, 5). Аппарат Илизарова с таза сняли 3.03.95 г. (на 128 день после его наложения) - получен синостоз в области лонного сочленения.

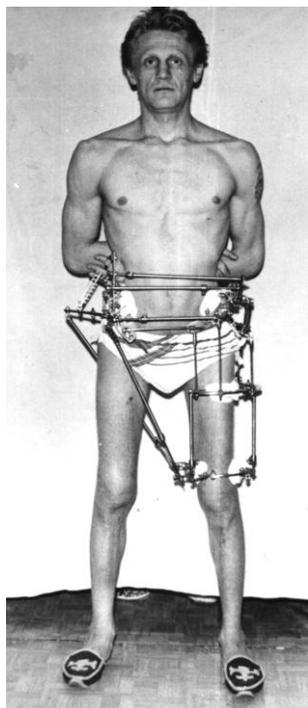


Рис. 3. Фото больного Ш., 27 лет, после снятия аппарата Илизарова с правого бедра.



Рис. 4. Фото больного Ш., 27 лет, после снятия аппарата Илизарова с левого бедра.



Рис. 5. Фото больного Ш., 27 лет, после снятия аппарата Илизарова с левого бедра.

Отдаленный результат был изучен через 1 год после окончания лечения и признан отличным (рис. 6, 7).



Рис. 6. Рентгенограмма больного Ш., 27 лет, через 1 год после окончания лечения.



Рис. 7. Фото больного Ш., 27 лет, через 1 год после окончания лечения.

Описанный выше способ применялся нами при лечении 5 пострадавших с тяжелыми повреждениями таза, и во всех случаях были получены положительные анатомо-функциональные результаты.

Таким образом, предложенный способ лечения тяжелых повреждений таза является высокоэффективным, так как позволяет закрытым путем добиться точной репозиции костей таза, стабильно фиксировать их и делает возможным раннее функциональное лечение (нагрузку и ЛФК). Все вышеперечисленное позволяет рекомендовать данный способ для широкого внедрения в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей и суставов. - М.: Медицина, 1967. - 512с.
2. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. - М.: Медицина, 1983. - 576с.
3. Корж А.А., Меженина Е.П. Справочник по травматологии и ортопедии. - Киев: Здоровья, 1980. - 215с.

Рукопись поступила 31.12.97 г.