



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ БЕДРА С ПЕРЕЛОМАМИ ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Б.Т.Исмайылов, Дюшеналиев Б.Б.

*Кафедра медицины катастроф, травматологии и ортопедии КГМИПуПК, кафедра
травматологии, ортопедии и ЭХ КГМА г. Бишкек, Кыргызская республика*

Кортунду. Жамбаш чөйчөгүнүн арткы чети сынып, сан сөөгү ордуна чыккан, башка сөөктөрдүн сыныктары менен айкалышкан 124 ооруну дарылоого анализ жүргүзүлгөн. Ушундай ооруларды дарылоодо жалпы абалына жана сан-жамбаш муунунун жаракаттануу тибине жараша дифференциалдуу мамиле аныкталган. Ачкыч сөздөр: жамбаш чөйчөгү, жаракат, политравма, сөөк сыныктары, берттенүү

Резюме. Представлен анализ лечения 124 больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины с сопутствующими повреждениями других костей. Определен дифференцированный подход при лечении таких больных в зависимости от общего состояния и типа повреждений тазобедренного сустава. Ключевые слова: вертлужная впадина, повреждения, политравма, переломы костей, вывих

Resume. There was presented the treatment analyse of 124 patients with the acetabulum fracture and also with concomitant injures of other bones. There was determined the differentiated approach in treatment of these patients depending on general conditions and type of the hip joint injury there. Key words: acetabulum, injuri ,polytrauma, bones fracturae, luxacio

Введение. Травматические вывихи бедра с переломами заднего края вертлужной впадины относятся к наиболее сложным и актуальным проблемам современной медицины. Сочетание нескольких повреждений у одного и того же больного создает определенные трудности как при оказании медицинской помощи на месте травмы, при транспортировке, так и в процессе лечения.

Одним из наиболее частых повреждений тазобедренного сустава являются травматические вывихи бедра с переломами заднего края вертлужной впадины. Они возникают преимущественно у мужчин в молодом и среднем возрасте, что обуславливает социально-экономи-

ческую значительность данной проблемы. На долю изолированных вывихов приходится лишь 12%, в остальных же случаях они сочетаются с переломами костей, что утяжеляет течение болезни. После травматического вывиха бедра у 25% пострадавших бывают осложнения в виде асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза. Важными для прогноза являются сроки оказания квалифицированной медицинской помощи. Так, аваскулярный некроз головки бедра после немедленного вправления вывиха развивается в 30% случаев, если же оно осуществляется через 6 и более часов после травмы, его частота резко возрастает. Тяжелое состояние больных, многообразие



ических проявлений, неудовлетворенность исходами лечения двигают проблему лечения с травмой тазобедренного сустава в ряд наиболее актуальных в травматологии.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2009 в травматологических отделениях Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии находилось на лечении 124 больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины и повреждениями других отделов скелета. В числе последних черепно-мозговая травма (56), переломы ребер (11), повреждения позвоночника (7), переломы костей верхних (21) и нижних (29) конечностей. Сочетанные переломы заднего края вертлужной впадины и головки бедренной кости либо диафиза бедра отмечены у 18 больных. Травматический шок зарегистрирован в 65 случаях. Главными причинами травм явились дорожно-транспортные происшествия (76), прямые удары на область большого вертела (22) и падения с высоты (26).

Основными задачами лечения пострадавших с политравмой являются:

- сохранение жизни больного, устранение анатомических нарушений скелета, препятствующих нормальной деятельности жизненно важных органов (черепа, грудной клетки, таза, позвоночника), восстановление анатомии и функции поврежденных конечностей.

Оптимальное решение многих тактических и лечебно-профилактических вопросов лечения сочетанных переломов во многом зависит от четкости представления о динамике развития травматической болезни в целом и ее острого периода в частности.

Мы выделяем три этапа в лечении больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины в сочетании с другими повреждениями скелета.

Первый этап - ориентация, диагностика и выявление доминирующего повреждения с одновременной реанимацией и противошоковой терапией.

Второй этап - продолжение противошоковой терапии и проведение оперативных вмешательств по жизненным показаниям (лапаротомия, операции на органы малого таза, трепанация черепа и др.).

Третий этап - лечение повреждений опорно-

двигательного аппарата. Приступить к непосредственному лечению вывиха бедра с переломом заднего края вертлужной впадины при сочетанной травме начать после выявления доминирующего повреждения, выведения пострадавшего из шока, стабилизации пульса и артериального давления, проведения оперативных вмешательств по жизненным показаниям.

Осторожное закрытое вправление вывиха под наркозом обычно не оказывает влияния на общее состояние больного. Однако при попытках вправления сочетанных вывихов всегда нужно предвидеть не только трудности и возможные неудачи вправления, но и опасность ухудшения общего состояния пострадавшего. Особенно при вывихах с переломом края впадины может быть неустойчивым из-за оставшегося смещенного костного фрагмента во впадине.

Поэтому в подобных случаях мы предпочитали ограничиваться наложением скелетного вытяжения за бедро. При этом учитывалось то обстоятельство, что чем позднее происходит хирургическое восстановление вертлужной впадины, тем исход заболевания если не в анатомическом, то в функциональном плане становится все хуже.

Суть хирургического лечения - ревизия вертлужной впадины, ликвидация вывиха бедра, восстановление нормальных соотношений костных фрагментов края впадины с фиксацией костных отломков. При наличии сочетанных переломов длинных костей конечностей одновременно реализовывался остеосинтез аппаратом внешней фиксации или погружной остеосинтез.

Консервативное лечение при переломах типа А по классификации АО/ASIF проводилось у 35 больных, когда удавалось вправить вывих бедра и перелом вертлужной впадины был без смещения, либо размеры костного отломка не превышали 2 см. Оперативное лечение при переломах типа А (перелом задней стенки впадины с вывихом) по классификации АО/ASIF.

Проводилось в 44 случаях, когда в первые 10 дней после травмы произведено открытое вправление вывиха бедра с фиксацией костных фрагментов пластинами (6 случаев), остеосинтез заднего края вертлужной впадины винтами (38 случаев).

При переломах типа В (поперечный, "Т-образный") в основном применялось лечение



появляющимся скелетным вытяжением (у 29 больных), однако из-за неэффективности консервативного лечения в последнее время все чаще прибегаем к открытому остеосинтезу. В 6 случаях мы проводили открытую репозицию с фиксацией отломков пластинами, а в 3 случаях применялся аппарат наружной фиксации- спицестержневой из деталей аппарата Илизарова. При сочетанной травме наружный чрескостный остеосинтез имеет преимущество в связи с минимальной травматизацией.

При тяжелых повреждениях типа С (полный внутрисуставной перелом обеих колонн таза с флотирующей вертлужной впадиной) в 7 случаях проводили остеосинтез пластинами.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов лечения основывалась на субъективных данных, результатах объективного клинического обследования и рентгенографии. Из субъективных данных учитывали боль, возможность активных движений в тазобедренном суставе, походку, возвращение к труду. При объективном обследовании обращали внимание на наличие хромоты, укорочение конечностей, атрофию мышц конечностей, ограничение движений в суставе. Рентгенологически оценивали наличие консолидации, остеопороз, наличие асептического некроза головки бедра, явления коксартроза.

К настоящему времени лечение закончено у 98 пациента из 124. Полное восстановление вертлужной впадины достигнуто у 82 больных, у 13 больных сохранилось смещение отломков, не превышающее 3-4 мм, и у 3 - свыше 4 мм.

Выводы. Нельзя откладывать лечение вывихов и переломов на большой срок, учитывая, что восстановление анатомических соотношений в тазобедренном суставе является также протившоковой мерой, так как значительно умень-

шает выраженность болевого синдрома и потерю. Кроме того, вправление вывиха бедра и репозиция костных отломков дна вертлужной впадины, проведенные в поздние сроки, могут быть значительно затруднены, что обязательно скажется на окончательном общем результате лечения.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что своевременно произведенная репозиция костных отломков тазобедренного сустава и длинных костей, уменьшая боль и кровоточивость, особенно из губчатой кости таза, является мощным противовоспалительным мероприятием.

При травме опорно-двигательной системы, органов брюшной полости травматическом вывихе бедра необходимы ранняя диагностика, активное ведение оперативного периода, экстренная специализированная помощь.

Такое комплексное решение хирургических проблем при сочетанных переломах вывихах в области тазобедренного сустава, обеспечивает не только благоприятный жизненный прогноз, но и обуславливает положительные функциональные результаты в целом.

Литература

1. Бабоша В.А., Лобанов Г.В. // Диагностика, лечение и реабилитация больных с повреждениями костей таза - 1996, - с.9-11., Екатеринбург;
2. Буачидзе О.Ш. с соавт. // Вестник травматол., ортопед. -2004 -№2.- с.13-17, Москва;
3. Кожокматов С.К. с соавт. // Травматол. жанэ ортопедия -2003-№2- с.158-161, Астана;
4. Dreinhofer K.E., Schwarzkopf S.R., Haas N.P., Tscherne H. Isolated traumatic dislocation of the hip // J.Bone Jt. Surgery.-1994.-V.76-A, N1.-P.6-12;
5. Rieger H., Winge G., Brug E., Senninger N. // Chirurg.-1998. Vol.69.N.3.P.278-283.