

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Михайленко Б.С., Алексеева Н.Т.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»,
г. Воронеж, Россия*

В данной статье рассматривается одна из актуальных проблем травматологии и ортопедии – выбор тактики лечения переломов вертлужной впадины. Рассмотрены вопросы показаний к оперативному лечению и выбор адекватного хирургического доступа, а также проанализированы результаты лечения пострадавших с переломами вертлужной впадины.

***Ключевые слова:** перелом вертлужной впадины, коксартроз, асептический некроз головки бедра, остеосинтез, эндопротезирование тазобедренного сустава*

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACETABULUM FRACTURES

Mikhailenko B.S., Alexeeva N.T.

*Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,
Voronezh, Russia*

This article discusses one of the urgent problems of traumatology and orthopedics – the choice of tactics for the treatment of acetabulum fractures. The issues of indications for surgical treatment and the choice of adequate surgical access are considered, as well as the results of treatment of victims with acetabulum fractures are analyzed.

***Keywords:** acetabulum fracture, coxarthrosis, aseptic necrosis of the femoral head, osteosynthesis, hip replacement*

Введение. Наиболее часто переломы вертлужной впадины возникают в результате воздействия высокоэнергетических факторов, таких как падение с высоты или при ДТП. Данные повреждения чаще встречаются у лиц молодого и среднего трудоспособного возраста. Переломы вертлужной впадины, как правило, сопровождаются значительными смещениями костных отломков, разрушением суставных поверхностей и хряща, а также вывихами бедра, что является причиной развития посттравматического коксартроза и асептического некроза головки бедренной кости [2, 4, 5, 7, 11].

В настоящее время не до конца разработаны показания к различным методам лечения повреждений вертлужной впадины, тактические подходы, оптимальные доступы, сроки оперативных вмешательств, что делает данную

проблему актуальной [1, 8, 9, 10].

Цель исследования. Разработка некоторых тактических вопросов лечения сложных травм вертлужной впадины.

Нами проанализированы результаты оперативного лечения 32 пациентов с переломами вертлужной впадины, находившихся в отделении травматологии БУЗ ВО "ВГКБСМП №1» в период с 2016 по 2022 г.г. Мужчин было 26 (81,25%), женщин - 6 (18,75%). Возраст пострадавших варьировал от 21 до 56 лет.

У 30 (93,75%) пострадавших травма была получена в результате ДТП, падение с большой высоты имело место у 2 (6,25%) пациентов.

Все пациенты поступили в стационар в течение первых трех суток после получения травмы.

При обследовании у 24 (75%) пациентов были выявлены переломы крыши или задневерхнего края вертлужной впадины с задневерхним вывихом бедра. У 8 больных (25%) имели место переломы дна вертлужной впадины с центральным вывихом (2 пациента) и подвывихом (6 пациентов) головки бедренной кости.

При поступлении 24 (75%) пациента находились в состоянии травматического шока.

При лечении пострадавших придерживались следующей тактики: если имел место вывих бедра, под наркозом производилось его немедленное вправление. Состояние травматического шока не являлось противопоказанием для вправления вывиха и наложения скелетного вытяжения. При этом наложенное скелетное вытяжение нами рассматривалось, как подготовительный этап к оперативному лечению. Мы считаем, что в качестве основного метода лечение скелетное вытяжение может быть применено только при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

При политравмах и наличии у пострадавших травматического шока операции были произведены после окончательной стабилизации общего состояния, начиная со второй недели после поступления. У остальной больной операции были выполнены в ранние сроки. На наш взгляд, окончательный исход лечения непосредственно зависит от своевременности выполненной операции.

У всех 32 пострадавших был использован задненааружный доступ к тазобедренному суставу по Кохеру-Лангенбеку. Анализ клинических результатов, выполненный Borrelli J. Jr. в 2002 г. [3], и биомеханический анализ выполненный Engsborg et al. показал, что основные хирургические доступы (подвздошно-паховый и Kocher-Langenbeck) применяемые при современных операциях остеосинтеза переломов вертлужной впадины влияют

на различные элементы кинематики ходьбы, однако эти нарушения достоверно не влияют на скорость ходьбы или на функциональный результат, что указывает на эффективность данных хирургических доступов. Они также указали на важность качественной реабилитации и укрепления мышечного аппарата тазобедренного сустава для достижения максимальных функциональных результатов [6].

При переломах свода или задневерхнего края суставной впадины (24 больных) был произведен остеосинтез 2 спонгиозными винтами. При оскольчатых переломах дна вертлужной впадины (8 больных) был осуществлен остеосинтез реконструктивной пластиной и винтами. Важно указать, что в этой группе больных не всегда удавалось добиться точной анатомичной репозиции отломков, в связи со значительными разрушениями костной и хрящевой ткани. В этих случаях остеосинтез рассматривали как подготовительный этап к предстоящему тотальному эндопротезированию, с целью создания костной основы, для размещения вертлужного компонента эндопротеза.

В послеоперационном периоде больным проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений (назначались антикоагулянты, ранняя активизация), а с целью профилактики коксартроза – нестероидные противовоспалительные препараты и хондропротекторы. С 3-4 дня после операции у пострадавших с изолированной травмой разрешалась ходьба с костылями без опоры на оперированную конечность. Полную нагрузку на оперированную конечность разрешали спустя 5-6 месяцев.

Результаты. Отдаленные результаты лечения были изучены у 28(87,5%) пациентов в сроки от одного года до 3 лет. Для оценки отдаленного результата мы пользовались схемой Harris Hip Score. Хорошие результаты получены у 21 (75%) пациентов, удовлетворительные – у 5 (17,85%), плохой результат имел место в 2 (7,15%) наблюдениях. Причинами плохих результатов служили тяжелый посттравматический коксартроз с болевым синдромом, и асептический некроз головки бедра. У этих пациентов впоследствии было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Выводы. Таким образом, выбранная нами тактика оперативного лечения пострадавших с повреждениями вертлужной впадины в ранние сроки после травмы, позволили у большинства (93,9 %) пациентов добиться хороших и удовлетворительных отдаленных результатов лечения с восстановлением анатомии, и функции поврежденного сустава.

Литература

1. Артюх, В. А. Разработка усовершенствованных подходов к хирургическому лечению больных с переломами вертлужной впадины и их последствиями : Автореф. дис.

канд. мед. наук. – СПб., 2007.

2. Михайленко, Б. С. Выбор тактики лечения пациентов с повреждениями вертлужной впадины / Б. С. Михайленко [и др.] // Научно-образовательная школа : инновации в травматологии и ортопедии – мультидисциплинарный подход : сб. тезисов региональной научно-практической конференции / под ред. Г. М. Дубровин [и др.]. – 2018. – С. 68-70.

3. Borrelli, J. Jr. Functional Outcome After Isolated Acetabular Fractures / J. Jr. Borrelli [et al.] // Journal of Orthopaedic Trauma. – 2002. – Vol. 16, № 2, P. 73-81.

4. Briffa, N. Outcomes of acetabular fracture fixation with ten years' follow-up / N. Briffa, R. Pearce, A. M. Hill, M. Bircher // J Bone Joint Surg [Br]. – 2011. – 93-B. – P. 229-36.

5. Brueton, R. N. A review of 40 acetabular fractures: the importance of early surgery / R. N. Brueton // Injury. – 1993. – № 24. – P. 171-4.

6. Engsborg, J. R. An Analysis of Gait Changes and Functional Outcome in Patients Surgically Treated for Displaced Acetabular Fractures / J. R. Engsborg [et al.] // J Orthop Trauma. – Vol. 23, № 5. – 2009. – P. 346-353.

7. Giannoudis, P. V. Prevalence of pelvic fractures, associated injuries, and mortality : the United Kingdom perspective / P. V. Giannoudis, M. R. Grotz, C. Tzioupis [et al.] // J Trauma. – 2007. – № 63. – 875 p.

8. Vallier, H. A. Early Definitive Stabilization of Unstable Pelvis and Acetabulum Fractures Reduces Morbidity / H. A. Vallier [et al.] // J Trauma. – 2010. – № 69. – P. 677-684.

9. Osgood, G. M. Posterior wall acetabular fractures: update on surgical indications, fixation techniques and outcome measurements / G. M. Osgood // Current Orthopaedic Practice. 2009. – Vol. 20, № 5. – P. 511-521.

10. Pennal, G. Results of treatment of acetabular fractures / G. Pennal [et al.] // Clin Orthop. – 1980. – № 151. – P. 115-123.

11. Porter, S. E. Acetabular Fracture Reductions in the Obese Patient / S. E. Porter [et al.] // J Orthop Trauma. – 2011. – № 25. – P. 371-377.