

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

А.М. ЖАНАСПАЕВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Нестабильные типа В и С переломы и разрывы сочленений тазового кольца являются одним из самых тяжелых повреждений опорно-двигательной системы. При политравме от 40% до 67,9% пострадавших имеют повреждения тазового кольца, которые в сочетании с тяжелыми повреждениями вну-

тренних органов и костей конечностей становятся причиной тяжелых осложнений на реанимационном этапе лечения.

В данной работе представлены результаты лечения 21 пациента с нестабильными повреждениями тазового кольца, у которых использован минимально

инвазивный остеосинтез канюлированным винтом лонной кости и винтом либо болт-стяжкой заднего полукольца при разрыве крестцово-подвздошного сращения, вертикальном переломе крестца.

Всем больным при госпитализации на реанимационном этапе лечения после устранения вертикального и по возможности ротационного смещения тазобедренного сустава - верхние ости накладывалась передняя стабилизирующая рама стержневым аппаратом. На клиническом этапе лечения стабилизация переднего полукольца таза производилась при переломе лонной и седалищной костей канюлированным винтом. Вначале длинной иглой с мандреном, используя для вертебропластики, производилась трепанация лонной кости спереди. Продвигали иглу под контролем ЭОП через лонную кость. После извлечения мандрена иглы вводили спицу Киршнера. Иглу сверлили и вводили необходимой длины канюлированный винт. У 5 больных произведен остеосинтез лонных костей, у 2- при наличии эпизистомы произведен остеосинтез седалищной кости.

Стабилизация заднего полукольца таза при свежих разрывах крестцово-подвздошного сочленения с расхождением в пределах 8-9 мм и вертикальном переломе боковой массы крестца у 12 больных произведен закрытый остеосинтез двумя канюлирован-

ными винтами. Винты вводились по выше описанной методике.

При расхождении крестцово-подвздошного сочленения более 10 мм, особенно при несвежих и застарелых разрывах, стабилизация производилась болтом-стяжкой и одним канюлированным винтом. Вначале производилось устранение расхождения болтом – стяжкой и после этого вводился канюлированный винт. Данная комбинация усиливает стабильность фиксации и устраняет возможность ротационного смещения при вертикальной нагрузке таза.

Со второго дня после операции пациенты сидели на костылях, могли стоять, ходить с дополнительной опорой на костыли. Восстановительное лечение включало активную лечебную гимнастику 5-6 раз в течение дня. Каких-либо осложнений связанных с ведением имплантов у наших больных не отмечалось. Через 3 недели после остеосинтеза пациенты передвигались без дополнительной внешней опоры.

Таким образом, минимальная инвазивная технология лечения перелома лонной и седалищной костей, разрыва крестцово-подвздошного сочленения, вертикального перелома боковой массы крестца обеспечивают раннюю реабилитацию, существенно улучшает качество лечения и качество жизни больных.