

РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ ТАЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН - НЕСТАБИЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ТАЗА**Хабибьянов Р.Я.**

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства
здравоохранения Республики Татарстан»,
заведующий отделом*

Скворцов А.П.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства
здравоохранения Республики Татарстан»,
главный научный сотрудник*

Малеев М.В.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства
здравоохранения Республики Татарстан»,
ведущий научный сотрудник*

DEVELOPMENT OF PELVIC SURGERY IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN - UNSTABLE PELVIC FRACTURES**Khabibyanov R.,**

*State Autonomous Healthcare Institution "Republican Clinical
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan",
department head*

Skvortsov A.,

*State Autonomous Healthcare Institution "Republican Clinical
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan",
Chief Researcher*

Maleev M.

*State Autonomous Institution of Health "Republican Clinical
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan",
Leading Researcher*

Аннотация

В работе представлена концепция аппарата внешней фиксации для хирургического лечения нестабильных переломов, а также врожденной и приобретенной деформации тазового кольца. Проанализированы основные подходы, применяемые для лечения данной патологии в последние 20-30 лет, как отечественными хирургами, так и зарубежными хирургами. На основе собственного опыта авторов рассмотрены аспекты, на которые необходимо обратить внимание в ходе хирургического вмешательства, проводимого с целью восстановления геометрии и функции при лечении нестабильных переломов, врожденной и приобретенной деформации тазового кольца.

Abstract

The paper presents the concept of an external fixation device for the surgical treatment of unstable fractures, as well as congenital and acquired deformities of the pelvic ring. The main approaches used to treat this pathology in the last 20-30 years, both by domestic surgeons and foreign surgeons, are analyzed. Based on the authors' own experience, the aspects that need to be paid attention to during surgery to restore geometry and function in the treatment of unstable fractures, congenital and acquired deformities of the pelvic ring are considered.

Ключевые слова: переломы таза, деформации таза, хирургическое лечение.

Keywords: pelvic fractures, pelvic deformities, surgical treatment.

За последние 20-30 лет произошел отказ от широко распространенных консервативных способов лечения смещенных переломов костей таза как окончательный метод. Это известные и относительно эффективные для своего времени скелетное вытяжение, гамаки, повязки и их комбинации. В настоящее время нами скелетное вытяжение используется на этапе подготовки пациента к оперативному вмешательству.

В 1995-1997 годах в НИЦТ «ВТО» (Научно-исследовательский Центр Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия») под руководством доцента Нигматуллина К.К., с участием доцента Хабибьянова Р.Я. и сотрудника института Хаертинова И.С. впервые были проведены хирургические вмешательства при переломах вертлужной впадины с использованием стержневого аппарата.

рата собственной разработки [1, с.58]. С учетом недостатков этого аппарата Хабибьяновым Р.Я. запатентованы аппараты и способы внешней фиксации для лечения переломов как обеих колонн вертлужной впадины, так и изолированно передней или, чаще, задней [2, с. 64; 3, с. 71; 4, с. 58; 5, с.59]. Использование этих аппаратов показало высокую эффективность при лечении не оскольчатых переломов колонн. С целью улучшения исходов лечения, особенно при оскольчатых переломах стали широко использоваться открытые доступы: к передней колонне подвздошно-паховый доступ Жуде-Летурнеля, к задней - Kocher-Langenbeck. Доступы многократно были апробированы на трупном материале. Для снижения травматичности, соответственно кровопотери и возможности ятрогенной нейропатии седалищного нерва при манипуляции в ране доступ Kocher-Langenbeck был модифицирован [6, с.72].

При планировании вмешательства по поводу перелома задней колонны по обзорной рентгенограмме локализовали отломок кости относительно «линии – ориентира», соединяющей большой вертел бедренной кости и дистальный отдел КПС. Эта линия соответствует надгрушевидному пространству. Линия, начинающаяся ниже вышеприведенной на 2,0-2,5 см и направленная также к верхушке большого вертела соответствует подгрушевидному пространству. Волокна большой ягодичной мышцы тупо разводятся, отводятся кверху средняя и малая ягодичные мышцы. Ревизия, репозиция и металлоостеосинтез задней колонны через над- и, или подгрушевидное пространство. Мышцы – наружные ротаторы не пересекаются [6, с. 72]. В случае технических трудностей производится косая остеотомия большого вертела. При этом вертел смещается кзади и несколько кверху. Необходимость остеотомии возникает при низких переломах задней колонны [7, с.54; 8, с.157].

В случае пересечения коротких наружных ротаторов бедра предложен вариант хирургической профилактики развития синдрома грушевидной мышцы [9, с.71; 10, с.58].

Описаны особенности прохождения механических осей нагрузки подвздошной кости, которые диктуют необходимость репозицию и металлоостеосинтез при двухколонных переломах вертлужной впадины производить, начиная с передней колонны [11, с.181].

Большое внимание уделено лечению нестабильных повреждений, приобретенной деформации и врожденной аномалии развития тазового кольца.

При лечении нестабильных переломов и повреждений тазового кольца мы отдаем предпочтение АВФ собственной разработки и используем его в качестве окончательного варианта лечения, но при этом рассматриваем его и как метод выбора.

Исходя из описанной нами совокупности анатомо-функциональных особенностей тазового кольца [12, с.67], стабильность которого является интегральной функцией, нами разработана общая концепция остеосинтеза таза АВФ для лечения нестабильных переломов и повреждений таза [13, с.64]. Она включает в себя:

- внутрикостные стержни, установленные в подвздошные кости через их гребень, соответственно вне мышечных зон, должны быть ориентированы вокруг оси низкоамплитудного движения в КПС (нижние отделы S-2 позвонка), которая локализована практически в центре кинематической цепи ОДС;

- поддержание поясничного лордоза на операционном столе для стабилизации тазового кольца в условиях контрнутаии крестца, при котором тазовое кольцо наиболее стабильно;

- по достижении репозиции АВФ должен обеспечивать достаточную компрессию (если повреждены сочленения), соответственно – стабильность в передних и задних отделах тазового кольца;

- восстановленная система симфиз-КПС в АВФ или в условиях комбинированного остеосинтеза обеспечивает тазу стабильность, что создает благоприятные условия для восстановления внутренних взаимосвязей тазового кольца, при этом АВФ на период лечения восполняет утерянные частично или полностью стабилизирующие возможности полужестких стабилизаторов таза – связок.

Соответственно разработан алгоритм лечения нестабильных повреждений и переломов тазового кольца [14, с.156] (рис. 1).

При лечении посттравматических деформаций тазового кольца использование АВФ, соответствующего общей концепции остеосинтеза для лечения переломов костей таза, также эффективно. Аппаратный метод лечения малотравматичен, соответственно – безопасен, обладает широким диапазоном репозирующих возможностей, что важно при реконструктивных вмешательствах на тазовых костях, позволяет симультантно и дискретно устранять деформации тазового кольца [15, с.168].

Врожденная деформация таза при аномалии развития в виде экстрофии мочевого пузыря - одним из тяжелых пороков в урологии, представляет значительные трудности при восстановлении непрерывности тазового кольца [16, с.154].

Для реконструкции тазового кольца производим: с целью придания податливости тазовым костям и симметричного сведения симфиза, отступя латеральнее от КПС на 5-8 мм и параллельно им, из 2-х – 3-х вколов 2 мм спицей, практически слитно в одну линию, перфорировали наружные кортикальные пластинки подвздошных костей или производим в той же локации кортикотомию [16, с.154; 17, с.68].



Рис. 1. Алгоритм лечения нестабильных повреждений и переломов тазового кольца.

Техника наложения разработанного аппарата внешней фиксации проста, не требует много времени. На протяжении двух десятилетий в республике аппарат используется и в противошоковых целях.

Итогом работы по развитию хирургии таза при его повреждениях и переломах вертлужной впадины явилась успешная защита докторской диссертации Хабибьяновым Р.Я. Также под его руководством завершается работа на соискание степени кандидата медицинских наук, посвященная лечению полифокальных переломов таза.

Список литературы

1. Нигматуллин К.К., Хабибьянов Р.Я., Хаердинов И.С. Способ лечения смещенных чрезвертлужных переломов таза. Патент РФ № 2102023. // Бюл. № 2, 21.08.1998.
2. Хабибьянов Р.Я. Устройство для лечения смещенных переломов таза. Патент РФ № 2160065. // Бюл. № 34, 10.12.2000.
3. Хабибьянов Р.Я. Устройство для лечения смещенных чрезвертлужных переломов таза. Патент РФ № 2160066. // Бюл. № 34, 10.12.2000.
4. Хабибьянов Р.Я. Способ лечения смещенных чрезвертлужных переломов таза. Патент РФ № 2195222. // Бюл. № 36, 27.12.2002.

5. Хабибьянов Р.Я. Способ лечения смещенных чрезвертлужных переломов таза. Патент РФ № 2195223. // Бюл. № 36, 27.12.2002.

6. Хабибьянов Р.Я. Способ доступа к заднему краю и верхним отделам задней колонны вертлужной впадины. Патент РФ № 2585748. // Бюл. № 16, 10.06.2016.

7. Хабибьянов Р.Я., Галеев И.Г. Способ доступа к нижним отделам задней колонны вертлужной впадины. Патент РФ № 2624387. // Бюл. № 19, 03.07.2017.

8. Хабибьянов Р.Я., Гафаров Х.З., Галеев И.Г. Хирургическое лечение переломов задней колонны вертлужной впадины // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2017. №8.

9. Хабибьянов Р.Я., Галеев И.Г. Интраоперационная профилактика синдрома грушевидной мышцы при лечении застарелых переломов задней колонны вертлужной впадины // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2018. №7.

10. Хабибьянов Р.Я., Галеев И.Г. Способ интраоперационной профилактики синдрома грушевидной мышцы при лечении застарелых переломов задней колонны вертлужной впадины. Патент РФ № 2674902. // Бюл. № 35, 13.12.2018.

11. Хабибьянов Р.Я. Основы стабильности тазового кольца // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2015. Том 1.

12. Хабибьянов Р.Я., Никитин М.А. Хирургическое лечение нестабильных повреждений тазового кольца с учетом анатомо-функциональных особенностей крестцово-подвздошных сочленений // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2018. №7.

13. Хабибьянов Р.Я. Аппарат внешней фиксации для лечения повреждений тазового кольца. Общая концепция // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2012. №8 (64), Т.1.

14. Хабибьянов Р.Я. Лечение нестабильных повреждений тазового кольца и переломов вертлужной впадины: дис... д-ра мед. наук. – Казань, 2016. – 229 с.

15. Хабибьянов Р.Я. Комплексная оценка исходов лечения пострадавших и больных с переломами костей таза, вертлужной впадины и стойкой деформацией тазового кольца // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. - 2016. - №4, Том 1. - С.168-171.

16. Хабибьянов Р.Я., Андреев П.С., Акрамов Н.Р., Кадыров А.А. Хирургическое восстановление тазового кольца при врожденной аномалии развития – экстрофии мочевого пузыря // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. 2017. №8.

17. Хабибьянов Р.Я., Никитин М.А. Способ лечения врожденной аномалии развития тазового кольца при экстрофии мочевого пузыря. Патент РФ №2776731. // Бюл. №21, 2022.