



ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
им. Н.Н. ПРИОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ С.П. БОТКИНА
(ретроспективное исследование)

Суриков В.В., Овчаренко А.В., Иванов Д.А.

Актуальность.

Частота переломов вертлужной впадины (ВВ) по данным отечественных и зарубежных авторов колеблется от 2 до 23,4% переломов таза.

Гринь А.А., Рунков А.В., Шлыков И.Л. – 2014.

Бондаренко А.В., др. – 2014.

Laird A., Keating J. – 2005.

Erden A., – 2015.

Negrin L., Seligson D. – 2017.

С целью наиболее полной характеристики наблюдаемых переломов ВВ исследователи используют разные классификации, в том числе и классификацию R. Judet и E. Letournel, другие - классификацию по АО/ASIF, АО/АТО.

Judet R., Judet J., Letournel E. – 1964.

Letournel E. – 1980.

Deng C., et al. – 2018.

Butler B. A., et al. – 2019.

Erem M., et al. – 2019.

Переломы ВВ одни исследователи относят к высокоэнергетическим переломам.

Гринь А.А., Рунков А.В., Шлыков И.Л. – 2014.

Бондаренко А.В., др. – 2014.

Laird A., Keating J. – 2005.

Erden A., – 2015.

Negrin L., Seligson D. – 2017.

Хирургическому лечению подлежат переломы ВВ со смещением и многоплоскостные переломы.

Солод Э.И. и др. – 2009.

Белецкий А.В., Воронович А.И., Мурзич А.Э. – 2010.

Лазарев А.Ф., и др. – 2013.

Солод Э.И., и др. – 2014.

Magu N. K., et al. – 2014.

Открытая репозиция и внутренняя фиксация (в иностранной литературе используется аббревиатура ORIF - open reposition and internal fixation) до сегодняшнего дня остаются стандартным способом лечения переломов ВВ.

Лазарев А.Ф., и др. – 2013.

Letournel E. – 1980.

Boelch S. P., et al. – 2013.

Hanschen M., et al. – 2016.

В настоящее время имеется явная тенденция в мировой практике к лечению переломов ВВ со смещением комбинацией ORIF и первичного эндопротезирования (ЭП) ТБС – подход, называемый «combined hip procedure» (СНР) – «комбинированной процедурой пластики тазобедренного сустава», или, только первичным эндопротезированием ТБС.

M. Rickman, J. et al. – 2012.

D. Butterwick, et al. – 2015.

Borrelli J. Jr., Anglen J.O., eds — 2018.

Borg T., Hernefalk B., Hailer N.P. – 2019.

Цель исследования. Провести анализ результатов оперативного лечения пациентов с переломами ВВ по данным городской клинической больницы имени С.П. Боткина.

Материал и методы

Работа выполнена в отделении травматологии городской клинической больницы имени С.П. Боткина.

За период с 2009 по 2019 гг. в стационаре пролечено 53 пациента, у которых выявлено 54 переломов ВВ.

Возраст больных колебался от 18 до 71 года.

Пол	Возраст						Всего	%
	18 - 30	31-50	51-60	61-70	71 и >			
М абс/%	12	17	3	-		32	60,4	
Ж абс/%	7	12	1	-	1	21	39,6	
Итого	19	29	4	-	1	53	100	

- Всем пациентам было выполнено стандартное рентгенологическое исследование - обзорные снимки в двух или 3-х проекциях: переднезадней проекции с направлением трубки на вход в таз (inlet), и направлением трубки на выход из таза (outlet).
- Анализ первичных рентгенограмм позволял в первые минуты прогнозировать тактику лечения пациентов, уточнять необходимость и сроки выполнения КТ с 3D реконструкцией таза и ТБС, и последующей МРТ.
- Компьютерная томография таза выполнялась с толщиной срезов 3 мм, с последующей трехмерной реконструкцией.
- Показанием для МРТ исследования являлись случаи повреждения хряща, субхондральной зоны ВВ и головки бедренной кости.

Результаты и обсуждение

На основании анализа данных рентгенологического исследования пациентов с переломами ВВ и с учетом классификации по R. Judet, J. Judet, 1964, и E. Letournel, 1980г, переломы были распределены следующим образом.

Распределение переломов ВВ по классификации R. Judet, J. Judet, 1964 и E. Letournel, 1980г.

з	за	з	п	пе	по	Т	Т-	з	зад				пе	Пе	В
а	дн	а	е	ре	пе	-	об	а	няя				ре	ре	С
д	яя	д	р	дн	ре	о	раз	д	кол				ло	ло	ЕГ
н	ст	н	е	яя	чн	б	ны	н	онн				м	м	О
я	ен	я	д	ко	ы	р	й+	я	а +				об	го	
я	ка	я	н	ло	й	а	це	я	зад				еи	ло	
с	+	к	я	нн	пе	з	нтр	к	няя				х	вк	
т	за	о	я	а	ре	н	ал	о	сте				ко	и	
е	дн	л	с		ло	ы	ьн	л	нка			п	ло	бе	
н	ий	о	т		м	й	ый	о	+		перед	е	нн	др	
к	в	н	е				вы	н	зад		няя	р	+	а	
а	ы	н	н				вих	н	ний		колон	е	це		
	ви	а	к				бе	а	вы		на	л	нт		
	х		а				др	+	вих	по	+/или	о	ра		
	бе						а	з	бед	ле	перед	м	ль		
*-	др							а	ра	реч	няя	о	ны		
ВВ.	а							д		ны	стенка	б	й		
								н		и	полуц	е	вы		

- Преобладали переломы передней колонны (29,2%) и обеих колонн (20,4%).
- Приблизительно с равной частотой выявлены поперечные, Т-образные, Т-образный с центральным вывихом бедра, передней колонны, передней стенки, полупоперечный перелом задней колонны, перелом обеих колонн с центральным вывихом бедра.
- Вывих бедренной кости диагностирован в 12 случаях (22,2%), и только в 2-х случаях отмечен задний вывих.
- Перелом головки бедренной кости выявлен в двух случаях (3,7%).

Целенаправленное комплексное обследование 53 больных позволило сформировать две клинические группы, первую, - основную группу и вторую – клиническую группу сравнения.

Выделение двух клинических групп пациентов основано на классификации переломов ВВ по R. Judet, J. Judet, 1964, и E. Letournel, 1980г.

1
группа

Пол	Возраст						Всего	%
	18 - 30	31-50	51-60	61-70	71 и >			
М абс/%	9	0	1	-	-	20	*69,0/ 37,7	
Ж абс/%	4	4	-	-	1	9	*31,0/ 17,0	
Итого	13	14	1	-	1	29	*100/ 54,7	

2
группа

Пол	Возраст						Всего	%
	18 - 30	31-50	51-60	61-70	71 и >			
М абс/%	3	9	2	-	-	14	*58,3/ 26,4	
Ж абс/%	4	5	1	-	-	10	*41,7/ 18,9	
Итого	7	14	3	-	-	24	*100/ 45,3	

* - %/% - процент от общего числа в группе/процент от общего числа пациентов

Целью выделения двух клинических групп явилась необходимость более углубленной детализации степени тяжести анатомо-морфологических повреждений ВВ и головки бедренной кости (БК) с последующим уточнением показаний к выбору того или иного способа оперативного лечения пациентов с переломам ВВ.

Для распределения пациентов с переломами ВВ по группам были разработаны критерии включения и исключения отдельно в каждую клиническую группу.

Критерии включения для первой клинической группы:

1. Возраст пациентов от 18 до 70 лет и старше.
2. Закрытые переломы вертлужной впадины.
3. Время между травмой и хирургическим вмешательством составляет не от 1 до 2-х, но не более 3 недель.
4. Согласие пациента участвовать в строгом протоколе наблюдения и реабилитации.

Критерии исключения для первой клинической группы:

1. Консервативное лечение пациентов (скелетным вытяжением).
2. Имеющаяся хроническая инфекция в стадии ремиссии или обострения.
3. Тяжёлая коморбидная патология.
4. Поливалентная непереносимость антибиотиков.
5. Открытые переломы вертлужной впадины.
6. Патологические переломы вертлужной впадины.
7. Пациенты, отказавшиеся от операции.

Критерии включения для второй клинической группы:

1. Возраст пациентов от 18 до 70 лет и старше.
2. Закрытые переломы вертлужной впадины.
3. Закрытые оскольчатые/многооскольчатые переломы ВВ со значительным смещением отломков.
4. Закрытые оскольчатые/многооскольчатые переломы четырехгранной пластинки дна ВВ со значительным смещением.
5. Обширные (до 50%) повреждения хряща ВВ и головки бедренной кости.
6. Переломы головки бедренной кости.
7. Закрытые оскольчатые/многооскольчатые переломы со значительным смещением отломков и дефектами стенок ВВ, у которых предполагается при выполнении ORIF первичное эндопротезирование ТБС.
8. Время между травмой и хирургическим вмешательством составляет не от 1 до 2-х, но не более 3 недель.
9. Согласие пациента участвовать в строгом протоколе наблюдения и реабилитации.

Критерии исключения для второй клинической группы:

1. Консервативное лечение пациентов (скелетным вытяжением).
2. Имеющаяся хроническая инфекция в стадии ремиссии или обострения.
3. Тяжёлая коморбидная патология.
4. Поливалентная непереносимость антибиотиков.
5. Открытые переломы вертлужной впадины.
6. Патологические переломы вертлужной впадины.
7. Пациенты, отказавшиеся от операции.

- Всем пациентам выполнено оперативное лечение – ORIF, которую осуществляли с применением различных пластин: нейтрализующих, нейтрализующих с угловой стабильностью, или реконструктивных тазовых.
- Операционный доступ зависел от характера диагностированного перелома.
- При переломах задней колонны, задней стенки ВВ, или при их сочетанном повреждении использовали доступ Кохера-Лангенбека, при поперечных переломах ВВ и ее передней колонны – ~~использовали подвздошно-паховый доступ.~~

В продолжении ретроспективного исследования будут изучены и систематизированы анатомо-морфологические повреждения ВВ и головки БК, социальные и функциональные аспекты отдаленных результатов оперативного лечения пациентов с переломам ВВ.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с переломами ВВ преобладали переломы передней колонны (29,2%) и обеих колонн (20,4%).
Приблизительно с равной частотой выявлены поперечные, Т-образные, Т-образный с центральным вывихом бедра, передней колонны, передней стенки, полупоперечный перелом задней колонны, перелом обеих колонн с центральным вывихом бедра. Вывих бедренной кости диагностирован в 12 случаях (22,2%), и только в 2-х случаях отмечен задний вывих. Перелом головки бедренной кости выявлен в двух случаях (3,7%).
2. Использование критериев включения и исключения позволило сформировать 2 клинические группы, при этом, во вторую группу включены пациенты с более тяжелыми анатомо-морфологическими повреждениями ВВ и головки БК.

ВЫВОДЫ

3. Всем пациентам обеих клинических групп выполнено оперативное лечение – ORIF, которую осуществляли с применением различных пластин: нейтрализующих, нейтрализующих с угловой стабильностью, или реконструктивных тазовых.
4. В продолжении ретроспективного исследования будут изучены и систематизированы анатомо-морфологические повреждения ВВ и головки БК, социальные и функциональные аспекты отдаленных результатов оперативного лечения пациентов с переломам ВВ.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



ИВАНЪ ВЕЛИКІЙ ВЪ КРЕМЛѢ

IVAN VELIKOI AU KREMLIN

СПАССКІЯ ВОРОТА
PORTE SAINTE

Поклонъ
изъ Москвы



Царь Колоколъ.
Reine des cloches

Лит. Андерснъ и Шперлингъ, Лейпцигъ.

5. byti, ac khoruzel, pro distance
přítelům přátelům mi Matky a
lidském