

УДК 616.9:578.834.1]-085+612.017.1

DOI: 10.55359/2782-3296.2022.27.36.011

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ТАЗА

Тадеев А.Г., Лобанов Г.В.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
кафедра травматологии, ортопедии и ХЭС

Резюме. Хирургическое лечение повреждений суставов в родах – несомненно актуально, так как некоторые акушеры считают, что эта патология не является значительной для беременных и родильниц, так как не ведет к акушерской смертности плода и родильницы.

Ключевые слова: тазовая хирургия, тазовая боль при беременности, тазовые связки, родовые повреждения суставов таза, аппарат внешней фиксации тазовых повреждений.

SURGICAL TREATMENT OF BIRTH PELVIC INJURY

Tadeev A.G., Lobanov G.V.

GOO VPO Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Department of Traumatology, Orthopedics and KhES

Introduction. In 2014, the 16th version of the clinical guidelines «CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR PELVIC GIRL DISEASE IN PREGNANCY AND POSTPARTUM» was published, which states «Currently, no specific preventive measures can be recommended» and additionally paragraph 6 of the conclusion reads: «X-rays, CT scans, exploratory injections, and exploratory external fixation of the pelvis are not recommended.” Accordingly, women find themselves without the necessary assistance...

Keywords: pregnancy, pelvic surgery, pelvic ligaments, birth injuries of the pelvic joints, device for external fixation of pelvic injuries.

Актуальность. Разрыв лонного сочленения является одним из наиболее тяжелых осложнений родов, отмечается редко - 1 случай на 10000, 30000 и даже 60000 родов. Повреждения лонного сочленения в 15% наблюдались при нормальных родах, а в 85% после оперативного пособия. В случае родового разрыва лонного сочленения традиционно женщина лечится консервативно: в течение 2-х месяцев после родов женщина находится на постельном режиме, в специальной шине или гамаке, и лишена возможности передвигаться и ухаживать за ребенком, более того - она сама нуждается в постороннем уходе. Восстановление функции тазовых сочленений занимает до пяти месяцев после родов. В доступной литературе указывают, что нет «золотого стандарта», для восстановления стабильности тазового кольца требуется специальное оперативное лечение, которое тоже многогранное и требует наличие

специалиста. Ряд авторов считают невозможным повреждение лобкового симфиза и разрыв крестцово-подвздошных суставов во время родов, но наш опыт и работы ассистента Бергал М.М. (Крымский медицинский институт) свидетельствует, что существует два механизма разрыва тазовых суставов в родах: 1. Первичный разрыв лобкового симфиза, а затем потеря стабильности тазового кольца (вначале разрыв может быть небольшим – затем увеличивается за счет присоединения одного или обоих крестцово-подвздошных сочленений); 2. Первично повреждаются крестцово-подвздошные суставы, а затем следует повреждение симфиза. Изолированного повреждения лобкового симфиза не существует, повреждение крестцово-подвздошных суставов многообразно, соответственно они и формируют протекание процессов после родов. Клинически оба механизма равноценны – пострадавшая женщина

перестает ходить, формируется неустойчивая патологическая походка Дюшена, жалуется на боль. Роды в последнее время многоводны и стремительны, диспластические разрушения многообразны, это связано с общей экологической ситуацией, наличием постоянного микроволнового фона, характером питания. Травма в родах лонного сочленения может сопровождаться разрывом одного из крестцово-подвздошных сочленений или обоих сразу, повреждением клитора, уретры, мочевого пузыря, образованием подкожных кровоизлияний, нагноением и септическим заражением. В связи с этим своевременная диагностика данной патологии и лечение должны служить снижению акушерского травматизма.

Цель статьи: выработать хирургический алгоритм оказания помощи родовых повреждений таза.

Материалы и методы. Мы выбрали группу 110 родильниц у которых диагностировано повреждение таза в родах. Их разделили на две сравниваемые группы – 1 группа: 76 женщин с разрывом суставов таза которые лечились тазовым поясом, разработанным в Донецке и 2 группа: 44 женщин после родовой травмы таза у которых развилась тазовая нестабильность, потребовавшая оперативного лечения, соответственно был разработан и апробирован «Алгоритм тактики лечения родовых повреждений суставов таза». Все беременные жаловались на боли, предшествующие родам, у большинства было осложненное течение родов (разрыв плодного пузыря, ручная ревизия плаценты, маточное атоническое кровотечение). После родов у 32 женщин (13,6%) отметили появление болей, изменение статодинамической функции после вторых родов, у некоторых до 3-4 дней последняя отсутствовала 2-5 дней после чего возвращалась возможность ходить. Из анамнеза: у 70 женщин беременность I, роды I, у 19 - II беременность, I роды, у 27 - II беременность, II роды, у 1 – V беременность, у 1 - VII беременность, у 2 - XIII беременность, 3 больных были III роды, у 5 родильниц IV роды.

Результаты и обсуждение. Наш опыт лечения родильниц с травмой суставов таза в родах позволяет применять индивидуальный подход основываясь на разработанном алгоритме стабильности тазовых костей.

Связь между количественным нарушением стабильности костей таза и оценкой вида повреждения суставов таза является основой в выборе тактики лечения. Мы руководствуемся разработанным алгоритмом при выборе тактики лечения (Рисунок 1).

Учитывая количественную оценку нарушения стабильности тазового кольца, при нарушениях первой степени, когда страдает только вентральная связка крестцово-подвздошного сустава возможно лечить пострадавших модифицированным тазовым поясом, последний позволяет устранить торсионные усилия при вертикализации на тазовое кольцо и сохранить скомпрометированный связочный аппарат. Расхождение тазового кольца устраняется поясом, больная в состоянии сразу двигаться, ухаживать за собой и ребенком. При родовой травме суставов таза с нарушением стабильности, страдает уже межкостная связка крестцово-подвздошного сустава, а смещения костей таза находятся в горизонтальной и сагиттальной плоскости. Для нарушения стабильности 2 степени характерно плоскостное смещение в горизонтальной плоскости превышает 20 мм, ротационные свыше 10° в сагиттальной плоскости. При этом плоскостные смещения отсутствуют или незначительные, ротационные в пределах 10°.

Следовательно, у 44 женщин развилась послеродовая тазовая нестабильность 2 степени потребовавшая оперативной коррекции тазового кольца. Все больные были обследованы клинически и инструментально, рентген исследование подтвердило, что у всех есть повреждение межкостной связки одного или обеих крестцово-подвздошных суставов. Мы используем внешнюю фиксацию не как диагностический прием, а разработанная концепция «отдельно управляемого стержня», позволяет добиться компрессии в крестцово-подвздошных суставах аппаратом с силой $80,4 \pm 8,8$ Н., что вполне достаточно для лечения. Родильницы 2 группы прооперированы внешней фиксацией. Внешняя фиксация, по нашему мнению, на фоне послеродовой иммуносупрессии, в функционально немых областях, не затронутых родовым процессом, без оценки нарушения общего состояния добиваемся восстановления формы таза

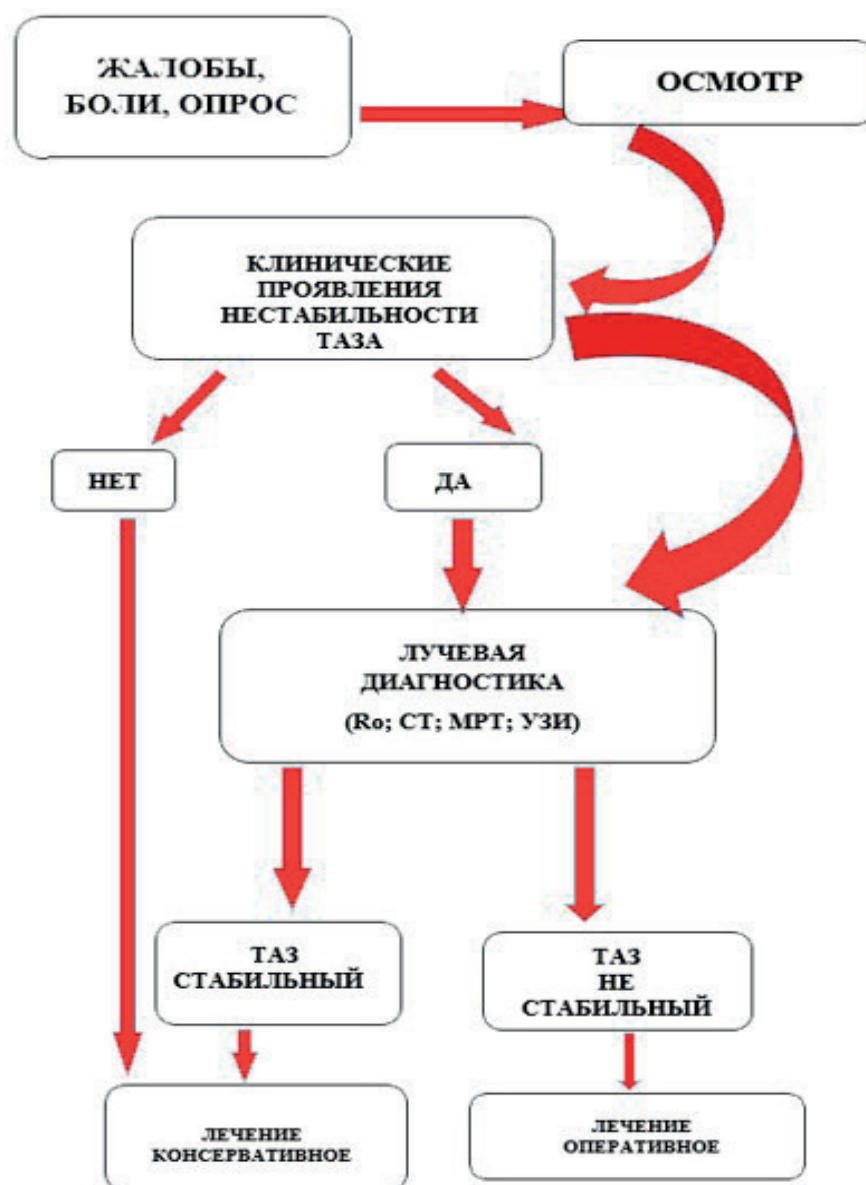


Рис. 1. Алгоритм тактики лечения родовых повреждений суставов таза



Рис. 2. Фотоотпечаток с рентгенограммы больной Г., 34 года, и.б. №20926, после родов

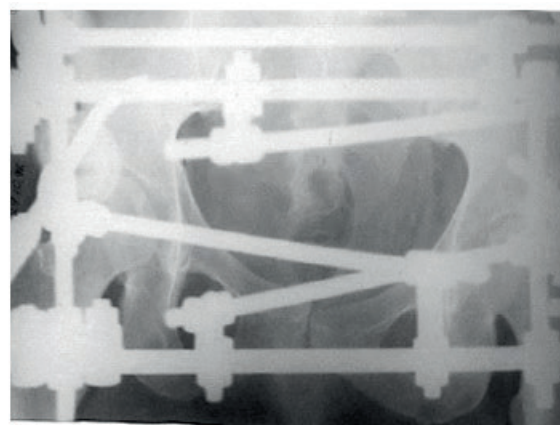


Рис. 3. Фотоотпечаток с рентгенограммы больной Г., 34 года, и.б. №20926, после операции



Рис. 4. Фотоотпечаток с рентгенограммы больной Г., 34 года, и.б. №20926, после снятия аппарата



Рис. 5. Фотоотпечаток с рентгенограммы больной Г., 34 года, и.б. №20926, передне – задняя проекция поясничного отдела и крестцово-подвздошных суставов

и стабильной фиксации, компрессии в области лобкового и крестцово-подвздошных суставов. Аппараты снимались в срок 2,5 – 3 месяца после контрольной рентгенографии. В ряде случаев, при раннем снятии аппарата до развития признаков консолидации (артродезирования) продолжали фиксацию тазовым поясом.

Приводим клинический пример: Пациентка Г., 34 года, поступила на лечение в РТЦ с родовым разрывом суставов таза. Роды 3, самостоятельные, крупный плод, после родов выполнено надвлагалищная ампутация матки – выставлен диагноз послеродового маточного атонического кровотечения. По поводу воспаления релaparотомия. Через 10 дней, после родов, выполнена стабилизация таза (нестабильность 2 степени – повреждение вентральной связки правого крестцово-подвздошного сустава, слева повреждена еще межкостная связка) аппаратом внешней фиксации.

Учитывая сроки лечения и состояние тазовых суставов было рекомендовано продолжить лечение в тазовом поясе с фиксацией таза на период физических нагрузок. Больная восстановила походку, жалоб на боли не предъявляет. Осмотрена в сроки 1,5 и 3 года.

Выводы. Подход к лечению родовых повреждений суставов таза должен быть ин-

дивидуальным. Решение вопроса о выборе метода лечения принимается после количественной оценки степени нарушения стабильности таза с учетом разработанного «Алгоритма...». По последнему нарушение стабильности таза 2 степени требует хирургического лечения. Наш опыт свидетельствует в пользу внеочагового внешнего остеосинтеза родовых повреждений таза, используя «концепцию отдельно управляемого стержня», как наиболее малоинвазивный и менее затратный, не требующий специальной подготовки родильниц, перенесших осложненные роды. Метод не требует повторных операций и наркоза, что для перенесших осложненную беременность и роды является немаловажным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бергал М.М. О разрыве тазовых сочленений во время родов // Казанский медицинский журнал. - 1935. - Т. 31. - №3-4. - С. 447-451. doi: 10.17816/kazmj50518.
2. Донченко С.В., Дубров В.Э., Голубятников А.В., Черняев А.В., Кузькин И.А., Алексеев Д.В., Лебедев А.Ф. Способы окончательной фиксации тазового кольца, основанные на расчетах конечноэлементной модели // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2014. - № 1. - С. 38-44.
3. Лазарев А.Ф., Костенко Ю.С., Синицкий М.А. Металлодез переднего полукольца // Кремлевская медицина. № 1. - 2007. - С. 62-63.
4. Серов В.Н., Ананьев Е.В. Оценка степени тяжести дисфункции лонного сочленения (ДЛС) и выбор метода родоразрешения \ \ РОССИЙСКИЙ вестник акушера-гинеколога. — 2011, — МЗ. — С. 45—48
5. Чернуха Е.А., Ананьев Е.В. Диагностика, лечение и выбор метода родоразрешения при дисфункции лонного сочленения у беременных \ \ Акушерство и гинекология. — 2010. — МЗ. — С.65—69
6. Tile M., Helfet D. Fractures of the pelvis and acetabulum (AO): principles and methods of management. 4th ed. - Davos: AO Publishing, 2015. - 1000 p.
7. Vallier H.A. Pelvic Fractures in Women of Childbearing Age. // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2010 – v.468 – P.2819 (DOI 10.1007/s11999-010-1498-y).

Сведения об авторах:

Тедеев Азамат Герасович - заведующий хирургическим отделением Республиканского многопрофильного медицинского центра Республики Южная Осетия, диссертант кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Лобанов Григорий Викторович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Лауреат Гос. Премии в области науки и техники, зам главного редактора журнала «Травматология, ортопедия и военная медицина»,
Адрес: пр. Ильича, 16, г. Донецк, 283003, Донецкая Народная Республика, РФ;
Электронный адрес: lgv_don@mail.ru