

Компьютерная томография при переломах вертлужной впадины

А.В. Вершинин, Е.А. Литвина, А.В. Скороглядов, Л.А. Морозова

РГМУ, ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Переломы вертлужной впадины являются одной из наиболее тяжелых травм опорно-двигательного аппарата, отличаются сложностью и многообразием и нередко являются причиной инвалидности. При подозрении на перелом вертлужной впадины стандартным методом диагностики является рентгеновское исследование, которое включает в себя рентгенографию костей таза в передне-задней проекции. В 1958 г. R.A. Knight, H. Smith [1] рекомендовали для пространственной оценки перелома вертлужной впадины выполнять стереоскопические снимки. Зачастую выполнение специальных (косых) рентгенограмм невозможно из-за тяжести состояния больного и наличия множественных и сочетанных повреждений.

По данным О.Ш. Буачидзе [2], диагностические ошибки встречаются у 12,6% больных, и чаще всего у больных с множественными травмами.

В отделении множественной и сочетанной травмы ГКБ № 1 за период с 1999 по 2005 г. проходили лечение 103 пациента с переломами вертлужной впадины. Большая часть больных (86 человек) имели перелом вертлужной впадины в составе множественной или сочетанной травмы, и лишь у 17 пациентов повреждения носили изолированный характер. Наиболее информативным методом диагностики переломов вертлужной впадины мы считаем компьютерную томографию (КТ), которая позволяет визуализировать перелом, не всегда определяющийся на рентгенограмме, что позволяет избежать диагностических ошибок и выбрать оптимальную тактику лечения больных [3].

Компьютерная томография была выполнена на 62 пациентам. В 17 случаях на основании данных КТ была изменена классификация перелома и тактика лечения. Характер переломов вертлужной впадины определялся в соответствии с классификацией АО.

У 5 больных был выявлен перелом вертлужной впадины, который не определялся при рентгенографии.

Клинический пример. Больная П., 53 лет, с переломом вертлужной впадины. Травма полу-

чена в ДТП (находилась в салоне автомобиля). При поступлении была выполнена рентгенография тазобедренного сустава в прямой и аксиальной проекциях (рис. 1), по которым можно только заподозрить перелом. На компьютерных томограммах (рис. 2) определяется значительное смещение фрагмента заднего края вертлужной впадины.

У пяти больных после выполнения КТ классификация перелома вертлужной впадины изменилась с А1.1 на В1.3, у четырех больных – с А2.2 на В2.2, у двух больных – с В2.1 на С1.1, а в одном случае – с В1.3 на А1.1.

Компьютерная томография позволяет также дифференцировать травматические повреждения от патологических изменений вертлужной впадины, имевшихся до травмы.

Клинический пример. Больная Б., 28 лет, с переломом вертлужной впадины. Травма получена в ДТП (находилась в салоне автомобиля). На рентгенограмме тазобедренного сустава определяется перелом вертлужной впадины и очаги пониженной плотности в проекции сустава (рис. 3). На компьютерных томограммах определяется киста вертлужной впадины и перелом задней колонны без значительного смещения по суставной поверхности (рис. 4).

В 44 случаях при отсутствии смещения по суставной поверхности, обязательно подтвержденного при КТ, проводилось консервативное лечение. 59 пациентам была выполнена операция.

Показаниями к оперативному лечению считали: наличие интерпонирующих в суставе фрагментов хряща и кости, компрессию суставной поверхности, смещение отломков по суставной поверхности от 2 мм у молодых пациентов и от 5 мм – у пожилых. В 32 случаях была произведена КТ в ранние сроки после выполнения остеосинтеза вертлужной впадины, что позволило оценить точность репозиции фрагментов по суставной поверхности.

Клинический пример. Больной Ж., 28 лет. Травма получена в ДТП (находился за рулем автомобиля). Был оперирован по поводу многооскольчатого перелома правой вертлужной впади-



Рис. 1. Больная П., 53 лет. Рентгенограммы тазобедренного сустава.



Рис. 2. Больная П., 53 лет. Компьютерные томограммы тазобедренных суставов.



Рис. 3. Больная Б., 28 лет. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава.

ны (рис. 5). Пациенту была выполнена открытая репозиция перелома и остеосинтез реконструктивной пластиной. В целях контроля качества репозиции по суставной поверхности на вторые сутки после операции выполнена КТ (рис. 5), которая подтвердила хорошую репозицию и стабильную фиксацию перелома.

Для оценки степени консолидации перелома, состояния головки бедренной кости и наличия или отсутствия признаков коксартроза в 20 случаях КТ произведена в сроки от полу-

года до четырех лет после оперативного вмешательства.

На основании оценки результатов лечения больных с переломами вертлужной впадины были сделаны следующие выводы:

1. При всех подозрениях на повреждения в тазобедренном суставе показано выполнение компьютерной томографии.

2. Дифференциальная диагностика характера перелома вертлужной впадины без КТ невозможна.

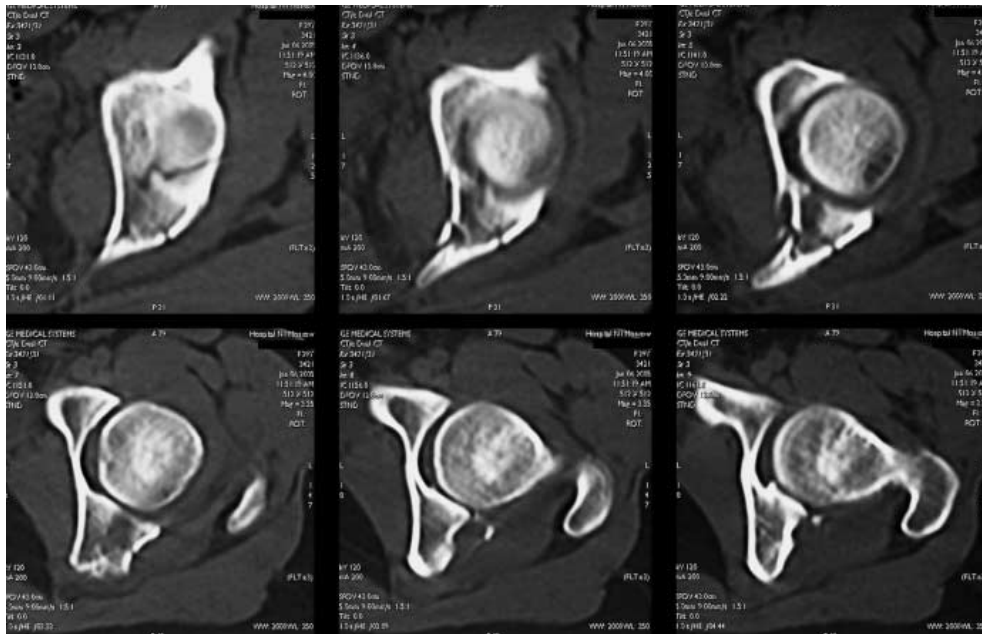


Рис. 4. Больная Б., 28 лет. Компьютерные томограммы правого тазобедренного сустава.

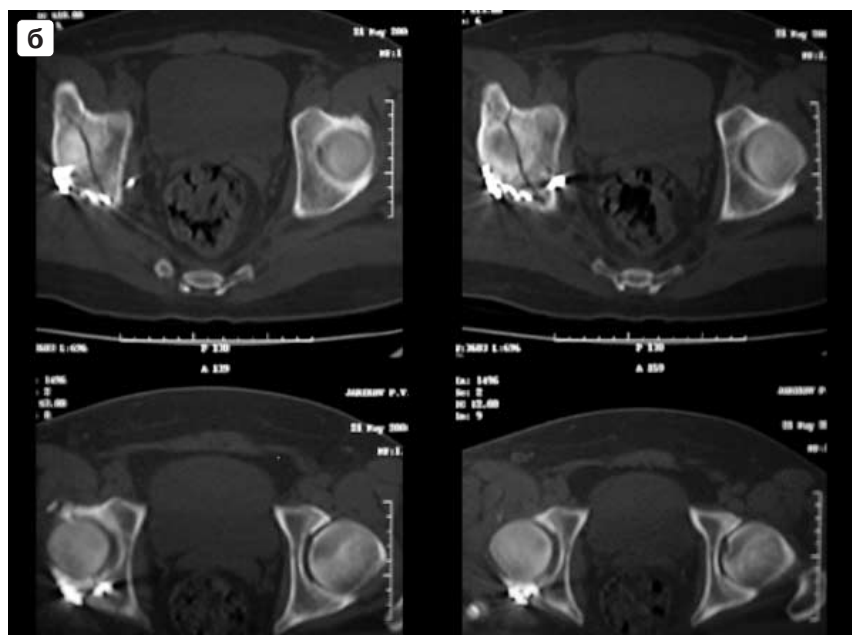


Рис. 5. Больной Ж., 28 лет. Компьютерные томограммы правого тазобедренного сустава. а – до операции, б – после операции.

3. КТ является обязательным элементом предоперационного планирования при хирургическом лечении переломов вертлужной впадины.

4. Целесообразно выполнение КТ при определении результатов оперативного лечения как для контроля восстановления вертлужной впадины, так и для оценки состояния головки

бедря в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Knight K.S. and Smith H. Central Fractures of the Acetabulum // J.Bone It.Surg. 1958. P. 1–16.
2. Буачидзе О.Ш. Переломо-вывихи в тазобедренном суставе. М., 1993. 197 с.
3. Гиришн С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии. М., 2004. С. 401–405.