Большие проблемы малого таза

А.Ф. Лазарев, Ю.С. Костенко
ФГУ «ЦИТО» им. Н.Н. Приорова

Механические повреждения тазового кольца вследствие дорожно-транспортных происшествий встречаются не только в зрелом возрасте, но и у детей. Несмотря на успехи в лечении сочетанных повреждений тазового кольца, встречаются редкие деформации, специфичностью которых являются: проявление в отдаленные сроки после травмы и отсутствие связи с функцией опорно-двигательной системы.

Неправильно сросшиеся в детском возрасте повреждения переднего полукольца таза и лобкового симфиза, как правило, не нарушают функцию таза и не сказываются на локомоторной функции в целом. Однако грубые нарушения анатомии в области сочленения лобковых костей могут препятствовать реализации сексуальной функции у девушек за счет сужения входа во влагалище. Таким образом, гинекологическая проблема переходит в разряд ортопедической и требует хирургической коррекции.

В доступной литературе мы не встретили описания способов решения данной проблемы.

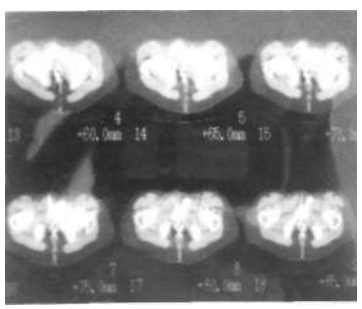
Под нашим наблюдением находилось 3 пациентки с остеогенной стриктурой входа во влагалище различной этиологии.

Пациентка С, 25 лет. Поступила в 1-е травматолого-ортопедическое отделение ФГУ ЦИТО в 1994г., через 17 лет после автодорожной травмы, с жалобами на невозможность выполнения полового акта.

Травма в восьмилетнем возрасте в 1977 г., в результате ДТП (сбита автобусом) получила тяжелую сочетанную травму с множественными переломами костей таза, повреждениями промежности и прямой кишки. Лечилась оперативно — шов лонного сочленения проволочной нитью и наложение противоестественного заднего прохода с последующим наложением колоректального анастомоза. В результате лечения полное восстановление функции кишечника и непрерывности тазового кольца. В дальнейшем росла и развивалась в соответствии с возрастом. Жалоб не предъявляла.

Прямая проекция

Каудальная проекция



КТ таза, реконструкция

Рис. 1.

В 1991г. вышла замуж, тогда появились проблемы с реализацией сексуальной функции.

При обследовании выявлен синостоз лобковых костей, утолщение последнего в переднезаднем размере, уменьшение угла, образованного восходящими ветвями седалищных костей, до 750 (норма до 1200) — рис. 1. Со стороны опорно-двигательного аппарата-локомоторных нарушений не выявлено, походка не изменена. При вагинальном исследовании отмечается сужение входа во влагалище, пропускает ногтевую фалангу указательного пальца (около 1см).

С целью коррекции выполнена резекция восходящих ветвей седалищных костей с сохранением синостоза ветвей лонных костей. Достигнуто расширение входа во влагалище до 4см. Послеоперационное течение гладкое. При дальнейшем наблюдении жалоб не отмечает, имеет ребенка 5 лет, родоразрешение путем кесарева сечения. Контрольный осмотр через 12 лет, нарушений со стороны опорно-двигательной системы нет, локомоторная функция не нарушена. На контрольных Ro-граммах достигнутое взаимоотношение костей без изменений, остеофитов и оссификатов не выявлено (рис. 2). В интимной жизни затруднений не отмечает.

Прямая проекция

Каудальная проекция

Рис. 2.

Пациентка М., 16 лет. В девятилетнем возрасте, 1994 г., в результате дорожно-транспортного происшествия были получены переломы седалищной кости справа и лонной кости слева, разрыв уретры. Лечение переломов костей таза — консервативное, разрывов уретры — оперативное с положительным эффектом. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Через 7 лет после травмы появились жалобы, связанные с неудачной попыткой начать половую жизнь. В 2003 году обратилась в ФГУ ЦИТО.

При обследовании нарушений опорно-двигательной системы и локомоторных функций не выявлено. Рентгенологически (рис. 3) синостоз лобковых костей с резким увеличением переднезаднего размера и уменьшение угла, образованного восходящими ветвями седалищных костей, до 600 (норма до 1200). При вагинальном исследовании отмечается резкое сужение входа во влагалище, пропускает ногтевую фалангу указательного пальца (около 1 см).

Проведена моделирующая резекция лобковых костей с формированием межлобкового диастаза (до 1 см), нейлонопластика связок лобкового симфиза, резекция восходящих ветвей седалищных костей с формированием диастаза до 5 см, металлодез реконструктивной пластиной LCP. Послеоперационное течение гладкое с полным восстановлением тазового кольца.

За период последующего трехлетнего наблюдения жалоб не предъявляла, затруднений в интимной жизни не отмечает, вышла замуж.

Подобные сексуальные затруднения могут быть следствием деформаций скелета на фоне системной патологии.

Пациентка Г., 25 лет. Поступила в ФГУ ЦИТО в 2006 году с жалобами на проблемы в сексуальной жизни. С 15-летнего возраста

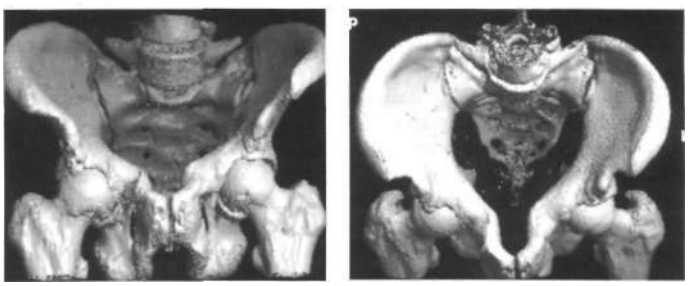
Рентгенограммы до операции

Рентгенограммы после операции

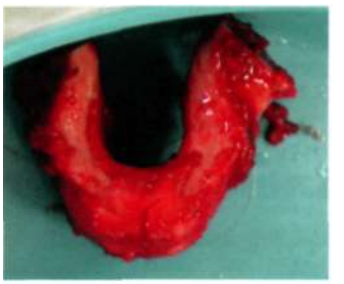
Рис. 3.

отмечает нарастающую слабость, резкие боли в тазобедренных суставах, позвоночнике, затем выраженные нарушения походки (ходила при помощи костылей), нарастала кифотичесая деформация грудного отдела позвоночника, бочкообразная деформация грудной клетки. Пациентка лечилась консервативно по месту жительства. Выявлены в динамике нарастающие деформации костей таза, плакиспондилия тел позвонков, перестроечные переломы лонных и седалищных костей. В 2000 году диагностирована гипофосфатемическая форма остеомаляции, проведена консервативная терапия, направленная на лечение данного патологического состояния, на фоне которой улучшились биохимические показатели крови, прекратила нарастать деформация костей скелета. Стабилизация состояния на фоне лечения отмечается последние пять лет. При обследовании нарушений опорно-двигательной системы и локомоторных функций нет. Рентгенологически (рис. 4) синостоз лобковых костей с резким увеличением переднезаднегоразмерауменьшениеугла, образованного восходящими ветвями седалищных костей, до 400 (норма до 1200). При вагинальном исследовании отмечается резкое сужение входа во

Рентгенография костей таза обзорная и каудальная проекции

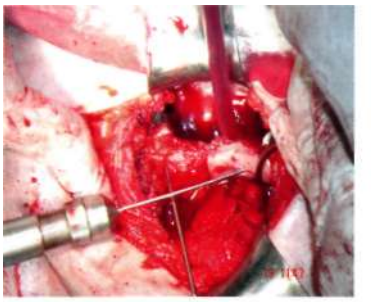


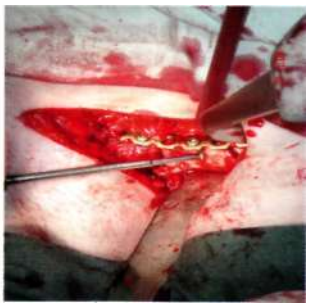
КТ таза, мультипланарная реконструкция



Резецированный лобковый симфиз

Формирование аутотрансплантата





Фиксация тазовой пластиной АО

Рентгенограммы после операции

Рис. 4.

влагалище, пропускает ногтевую фалангу указательного пальца (около 1 см).

Пациентке выполнена резекция лобковых и седалищных костей с учетом сохранности лобкового симфиза, сформирован аутотрансплантат, который уложен в межлобковое пространство, произведена фиксация тазовой пластиной АО. Послеоперационное течение гладкое с полным восстановлением тазового кольца, влагалище пропускает 3 пальца (до 5 см).

Заключение

В редких случаях восстановление непрерывности тазового кольца в переднем отделе после оперативного и консервативного лечения может сопровождаться стабильными деформациями, нарушающими анатомию и функцию малого таза. Остеогенные стриктуры входа во влагалище могут значительно затруднять нормальную сексуальную жизнь у девушек.

Патологический синостоз лобковых костей вызывает большие проблемы малого таза, требующие хирургической коррекции. Костно-пластические операции на тазовом кольце можно рассматривать как метод выбора оперативного лечения с положительным долгосрочным прогнозом.

Литература

1. Соколов Б.А., Щеткин В.А., Якимов С.А. и др. Анализ отдаленных результатов консервативного лечения переломов костей и разрывов сочленений таза. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 1999. — N4. —С. 29—33.