

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Мурадов Уткир Кодирович

Ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии Самаркандского государственного медицинского института, Республика

Узбекистан, г. Самарканд

E-mail: utkir4930@mail.ru

Саидмуродов Санжар Журамуродович

резидент магистратуры кафедры неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии Самаркандского государственного медицинского института,

Республика Узбекистан, г. Самарканд

E-mail: travma.km@mail.ru

Каюмов Шухрат Хамитович

заведующий отделением детской ортопедии областной больницы ортопедии и последствий травм, Республика Узбекистан, г. Самарканд

E-mail: travma.km@mail.ru

APPLICATION TRIPLE PELVIC OSTEOTOMY IN THE SURGICAL TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN

Muradov Utkir Kodirovich

assistant department of neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan Samarkand

Saidmurodov Sanjar Zhuramurodovich

resident of Magistracy Department of Neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan Samarkand

Kaumov Shukhrat Khamitovich

head of the department of pediatric orthopedics regional hospital orthopedics and trauma consequences, Republic of Uzbekistan Samarkand

АННОТАЦИЯ

Представлен опыт лечения 10 детей (11 суставов), лечившихся по поводу остаточной дисплазии тазобедренного сустава. Показано, что в случаях с большими патологическими изменениями в проксимальном отделе бедренной кости целесообразно сочетать тройную остеотомию таза с корригирующей подвертельной остеотомией бедра. Результаты оперативного лечения зависят от определения правильных показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства и грамотного выполнения намеченного плана лечения.

ABSTRACT

Experience of treatment of 10 children (11 hips) treated for residual hip dysplasia. It is shown that in cases with large pathological changes in the proximal femur is advisable to combine triple pelvic osteotomy with corrective subtrochanteric femur osteotomy. Results of surgical treatment depends on the definition of correct indications for a particular type of surgery and competent execution of the plan of treatment.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава; тройная остеотомия таза.

Keywords: hip dysplasia; a triple pelvic osteotomy.

Актуальность: Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава, проблема лечения остаточной дисплазии тазобедренного сустава остается одной из самых актуальных в детской ортопедии. 20—50 % дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава возникают в результате остаточной дисплазии тазобедренного сустава. Коксартроз диспластического генеза составляет 60—80 % от всех случаев коксартроза [4].

Изучение литературы показывает, что независимо от исходного состояния сустава, с увеличением возраста детей наблюдается увеличение неудовлетворительных и уменьшение положительных исходов. На сегодняшний день проблема хирургического лечения остаточных проявлений врожденных вывихов бедра у детей старшего возраста и подростков остается весьма актуальной.

По сложившейся традиции, ведущими методами хирургической коррекции нестабильности тазобедренного сустава у детей старшей возрастной группы и подростков стали вмешательства на проксимальном отделе бедренной кости, то есть его «подгонка» под диспластичную, неправильно ориентированную вертлужную впадину, тогда как в дальнейшем определяющим для «судьбы» сустава является состояние вертлужного компонента [2]. При диспластическом

кокстартрозе в 80 % наблюдений ведущим компонентом дисплазии является тазовый, поэтому остеотомии бедренной кости не в состоянии восстановить нормальные биомеханические взаимоотношения в тазобедренном суставе [4]. Остеотомии таза должны отвечать следующим условиям: должна восстанавливаться конгруэнтность суставных поверхностей, головка бедра должна быть покрыта суставным гиалиновым хрящом, не должна нарушаться биомеханика тазобедренного сустава, не вызывать повышение внутрисуставного давления. Возможности реконструкции тазобедренного сустава существенно снижаются после синостозирования дна впадины, что происходит в 10—12 лет. В этих случаях требуется мобилизация всей ацетабулярной области, что невозможно без одновременного проведения надвертлужной, лонной и седалищной остеотомий. В подростковом и молодом возрасте транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза является наиболее обоснованной с клинической и биомеханической точки зрения [1]. Сложность задачи состоит в сформировавшихся в этом возрасте дефектах вертлужной впадины: утолщение дна, дефицит покрытия головки с уменьшением наклона впадины, нередко близкое к вертикальному расположение входа во впадину, нарушение сферичности, недостаточная глубина впадины, несоответствие её величины и формы головке бедра, начальные признаки деформирующего кокстартроза [1].

Цель исследования: Изучение результатов применения тройной остеотомии таза в лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования: Наше сообщение основано на анализе результатов лечения 10 больных (11 суставов), лечившихся по поводу остаточной дисплазии тазобедренного сустава в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм. Возраст больных составлял от 7 лет до 14 лет. Среди больных мальчиков было 4, девочек 6. Обследование больных проводилось с использованием клинического, рентгенологического и компьютерно-томографического метода с построением трехмерной модели тазобедренного сустава. Больным были

проведены следующие оперативные вмешательства после предварительной подготовки. 6 больным выполнена тройная остеотомия таза по методике, предложенной Соколовским А.М. [3], одному больному тройная остеотомия дополнена мини-артротомией, еще у 3 больных выполнена тройная остеотомия таза в сочетании с подвертельной корригирующей остеотомией бедренной кости. Тройная остеотомия таза по методике Соколовского А.М. производится из одного переднего доступа типа Смит-Петерсона. По ходу операции полностью рассекаются только две мышцы: *m.sartorius* и *m.iliopectineus*. Самый трудный этап операции это остеотомия седалищной кости. При остеотомии седалищной кости глубина раны возрастает, что затрудняет проведение остеотомии, на что указывает и сам автор. В случаях, когда шеечно-диафизарный угол больше 145° , угол антеторсии больше чем $45-50^{\circ}$, изолированный вариант тройной остеотомии таза не в состоянии компенсировать изменения проксимального отдела бедренной кости [1]. В этих случаях приходилось комбинировать тройную остеотомию таза с подвертельной остеотомией бедренной кости. В этих случаях для остеотомии седалищной кости использовали методику, предложенную Белокрыловым Н.М., то есть проходили между остеотомированными фрагментами бедренной кости, что намного улучшает обзор седалищной кости и делает этот этап операции более безопасным. Проведение остеотомии подвздошной и лонной костей без отслойки надкостницы позволяет значительно уменьшить кровопотерю и снижает травматичность операции. У больных, которым проведена тройная остеотомия таза с подвертельной корригирующей остеотомией таза после ротации ацетабулярного фрагмента между отломками подвздошной кости вводили аутооттрансплантат, взятый из подвертельной области для улучшения консолидации костных отломков. Применение принципов бережного отношения к тканям, использование медицинского воска и рациональное применение кровоостанавливающих элементов, отказ от отслойки надкостницы позволяют максимально уменьшить кровопотерю во время операции. Длительность операции составила от 1 часа 20

минут до 2 часов 50 минут. Конфликтов с нервами и кровеносными сосудами не наблюдалось. Кровопотеря составила от 250 мл до 500 мл. Переливания крови и компонентов крови не понадобилось.

Результаты: Так как эта методика применяется недавно и у нас сравнительно немногочисленный материал для исследования, при оценке рентгенометрических результатов проведенных операций получены следующие результаты. Угол Виберга до операции в среднем был равен 12° , после операции составил в среднем 26° . Степень костного покрытия до операции составляла в среднем 0,72, после операции у всех больных составила 1. Среднее значение угла вертикального соответствия до операции составила $71,5^{\circ}$, после операции составила 86° . При оценке объема движений в оперированных суставах после 6 месяцев наблюдения у всех больных восстановился объем движений, определенный до операции. Результаты оперативного лечения оценивались как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Отличные результаты лечения были получены у 7 больных. Хорошие результаты отмечены у 2 больных. Удовлетворительные результаты отмечены у одного больного.

Выводы: Результаты применения тройной остеотомии таза показывают высокие разрешающие способности тройной остеотомии таза при лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава. В случаях, когда наблюдаются большие изменения в проксимальном отделе бедренной кости целесообразно комбинировать тройную остеотомию таза с корригирующей остеотомией бедренной кости. Мы считаем целесообразным дальнейшее внедрение тройной остеотомии таза в хирургическом лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

Список литературы:

1. Белокрылов Н.М., Полякова Н.В., Пекк Н.А., Сотин А.В., Скаковский А.С. Клинико-биомеханические аспекты реконструкции тазобедренного сустава

с применением тройной остеотомии таза у детей // Медицинский альманах. — 2012. — № 1. — стр. 153—156.

2. Камоско М.М., Баиндурашвили А.Г. Диспластический коксартроз у детей и подростков. Санкт-Петербург. 2010 г. — 199 с.
3. Соколовский О.А. Дисплазия тазобедренного сустава у подростков. Минск. 2003 г. — 104 с.
4. Соколовский О.А., Минаковский И.З., Соколовский А.М. Тройная остеотомия таза при дисплазии у взрослых. Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. Минск. 2008. — стр. 133—134.