

Лечение больной с врожденным вывихом бедра методом реконструктивного эндопротезирования

О.К. Чегуров, Э.Г. Нифтуллаев

Treatment of a patient with congenital dislocation of the hip using the technique of reconstructive replacement

O.K. Chegurov, E.G. Niftullaev

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган
(директор — д. м. н. А. В. Губин)

Представлен результат оперативного лечения больной с врожденным вывихом бедра и диспластическим коксартрозом, сформировавшимся в неоартрозе. На первом этапе лечения выполнена имплантация тазового компонента в истинную вертлужную впадину с костной аутопластикой и дополнительной фиксацией чашки эндопротеза шурупом, наложен аппарат Илизарова на таз и правое бедро для его закрытого дозированного низведения. Вторым этапом, после низведения бедра, произведена имплантация бедренного компонента эндопротеза и головки. Результат лечения через 1 год после операции признан хорошим.

Ключевые слова: нижняя конечность, тазобедренный сустав, врожденный вывих бедра, оперативное лечение.

The result of surgical treatment presented in a patient with congenital dislocation of the hip and dysplastic coxarthrosis formed in neoarthrosis. At the first stage pelvic component implanted into the true acetabulum with bone autoplasty and additional fixation of prosthetic cup with a screw, the Ilizarov fixator applied to the pelvis and right femur for its closed graduated putting down. At the second stage, after femur putting down, prosthetic femoral component and head implanted. The result one year after the surgery considered to be good.

Keywords: lower limb, the hip (joint), congenital dislocation of the hip, surgical treatment.

Врожденный вывих бедра является тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата [1].

Несмотря на широкие возможности современной ортопедии до настоящего времени довольно часто встречаются врожденные вывихи бедра у взрослых [2].

Согласно данным ряда авторов, около 40 % артрозов тазобедренного сустава у взрослых является следствием не вылеченных в детстве нарушений развития [4].

При подвздошных вывихах бедра и наличии неоартроза на подвздошной кости в месте ее соприкосновения с гипоплазированной головкой бедра применяют паллиативные оперативные вмешательства, направленные на обеспечение опорности в неоартрозе.

Анализ литературных источников, посвященных вопросу лечения высокого врожденного вывиха бедра, особенно у взрослых, показал недостаточную изученность данной проблемы [3, 5].

Операция артропластики при врожденном вывихе бедра остается достаточно сложным хирургическим вмешательством и часто сопровождается высоким уровнем послеоперационных осложнений [8].

Для уменьшения натяжения мышц бедра используются различные остеотомии: подвертельная укорачивающая, дистальная укорачивающая, остеотомия проксимального отдела бедра с транспозицией большого вертела по Т. Раавилainen. Использование укорачивающих остеотомий не позволяет компенсировать длину конечности (особенно при одностороннем поражении), а дистальная остеотомия еще и ограничивает возможность достижения мышечного баланса [9].

В последние годы в нашей стране широкое развитие получило эндопротезирование крупных суставов, в частности, замена на искусственный имплант именно тазобедренного сустава. Эта тенденция сопровождается

повышенным вниманием со стороны специалистов к использованию метода для раннего и полноценного восстановления функции тазобедренного сустава при врожденной патологии [6].

Эндопротезирование определяет возможность более ранней и полноценной активизации пациентов в сравнении с другими традиционными методами оперативного лечения [7].

В РНЦ «ВТО» для лечения врожденного вывиха бедра у взрослых пациентов применяется методика комбинированного оперативного лечения — сочетание чрескостного остеосинтеза и реконструктивного эндопротезирования.

Для демонстрации эффективности методики приводим клинический пример.

Больная М., 47 лет, поступила в РНЦ «ВТО» с диагнозом: врожденный вывих правого бедра. Правосторонний диспластический коксартроз III стадии в неоартрозе. Укорочение конечности.

При поступлении пациентка ходила без дополнительных средств опоры, резко хромала на правую ногу. Отмечала выраженный болевой синдром, усиливающийся после нагрузки. Выраженные боли появились около двух лет назад. Консервативное лечение неэффективно. Движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены. На рентгенограммах определяли высокий вывих бедра, коксартроз в неоартрозе, дисплазию головки и вертлужной впадины (рис. 1, а).

В РНЦ «ВТО» больной первым этапом выполнена операция (рис. 1, б): резекция шейки и головки правого бедра, имплантация тазового компонента с дополнительной фиксацией шурупом, костная пластика крыши вертлужной впадины аутотрансплантатом из головки бедра с его фиксацией двумя шурупами. Про-

изведен закрытый чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова таза и правого бедра для его постепенного низведения. В крыло тазовой кости проведено 5 спиц, на границе нижней и средней трети бедра 2 спицы, в нижней трети бедра – 3 спицы, две из них – с упорными площадками навстречу друг другу. Спицы зафиксировали в дуге и кольцах аппарата внешней фиксации. Дугу и кольца соединили между собой при помощи телескопических стержней с шарнирами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Низведение бедра было начато на третий день после операции темпом 1,5-2 мм в сутки. Дистракцию продолжали 44 дня до восстановления на рентгенограмме линии Шентона.

Вторым этапом аппарат демонтировали, удаляли спи-

цы. Имплантировали бедренный компонент и головку эндопротеза согласно технологии эндопротезирования. В послеоперационном периоде особое внимание уделяли занятиям ЛФК с целью восстановления функции мышц бедра [5]. В целом, послеоперационный период протекал без осложнений. Больная отмечала значительное уменьшение болевого синдрома, повышение опороспособности нижней конечности. Длина ног уравнивалась.

При контрольном осмотре пациентки через один год после операции болевой синдром отсутствовал, функция сустава увеличилась. На рентгенограмме (рис. 1, в) положение компонентов эндопротеза стабильное, биомеханически правильное. Больная результатом лечения довольна.

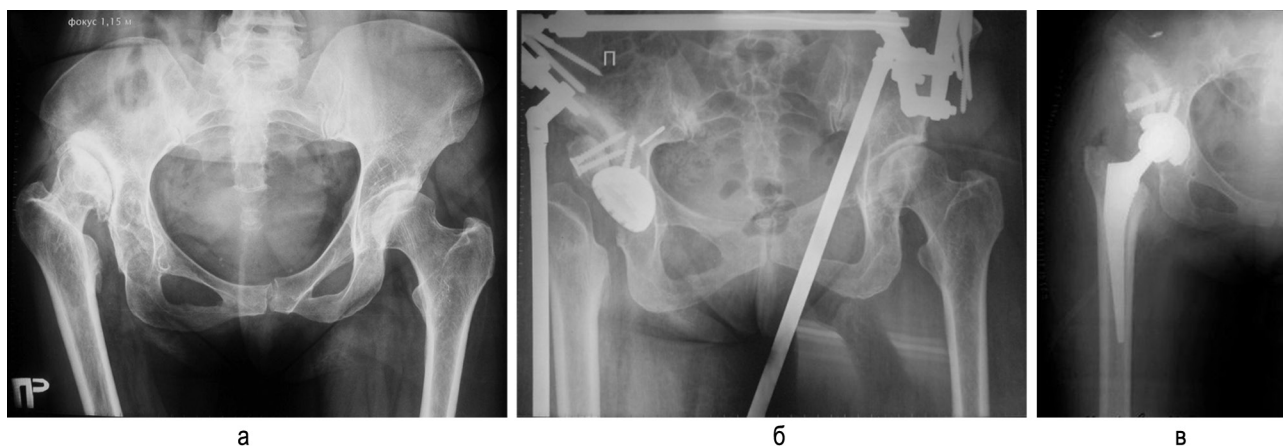


Рис. 1. Рентгенограммы тазобедренных суставов больной М., 47 лет: а – до лечения; б – после резекции шейки и головки правого бедра, имплантации тазового компонента, остеосинтеза аппаратом Илизарова для постепенного низведения бедра; в – через 1 год после эндопротезирования правого тазобедренного сустава

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оперативное лечение взрослых больных с врожденным вывихом бедра является актуальной проблемой восстановительной ортопедии. Применение комбинированной методики оперативного лечения (со-

четание чрескостного остеосинтеза и реконструктивного эндопротезирования) позволяет избежать неврологических осложнений и получить положительный анатомо-функциональный результат лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Ахтямов И. Ф. Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава у детей. Казань, 2003. С. 45-84.
Akhtramov IF. Degenerativno-distroficheskie zabolevaniia tazobedrennogo sustava u detei [Degenerative-and-dystrophic diseases of the hip in children]. Kazan', 2003:45-84.
- Азизов М. Ж., Мирзаев Ш. Х. Наш опыт эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии : материалы VIII съезда травматологов и ортопедов Узбекистан. Узбекистан, 2012. С. 11.
Azizov MZh, Mirzaev ShKh. Aktual'nye voprosy travmatologii i ortopedii : materialy VIII s"ezda travmatologov i ortopedov Uzbekistana [Current Issues of Traumatology and Orthopaedics: Materials of VIII Congress of traumatologists and orthopedists of Uzbekistan]. Uzbekistan, 2012:11.
- Профилактика развития коксартроза у детей и подростков с патологией тазобедренного сустава / Н.Х. Бахтеева, А. Ф. Краснов, И. А. Норкин, В. А. Винокуров. Саратов : Новый ветер, 2005. С. 28-30.
Bakhteeva NKh, Krasnov AF, Norkin IA, Vinokurov VA. Profilaktika razvitiia koksartroza u detei i podrostkov s patologiei tazobedrennogo sustava [Prevention of coxarthrosis development in children and adolescents with the hip pathology]. Saratov: Novyi veter, 2005:28-30.
- Торчинский В. П., Гайко Г. В. Эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе и врожденном вывихе бедра // Развитие травматологии и ортопедии в республике Беларусь на современном этапе. Минск, 2008.
Torchinskii VP, Gaiko GV. Endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava pri displasticheskom koksartroze i vrozhdennom vyvikh bedra [Replacement of the hip for dysplastic coxarthrosis and congenital dislocation of the hip]. Razvitiie travmatologii i ortopedii v respublike Belarus' na sovremennom etape. Minsk, 2008.
- Волокитина Е. А. История развития и возможности реконструктивного эндопротезирования в ФГУ РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова // Гений ортопедии. 2008. № 4. С. 10-20.
Volokitina EA. Istoriia razvitiia i vozmozhnosti rekonstruktivnogo endoprotezirovaniia v FGU RNTs «VTO» im. akademika G.A. Ilizarova [The history of development and the scopes for reconstructive endoprosthesis at FSI RISC "RTO"]. Genij Ortopi. 2008;(4):10-20.
- Хирургическое лечение остаточных дефектов развития элементов тазобедренного сустава у взрослых / И. Ф. Ахтямов, С. В. Туренков, П. В. Пресснов, И. И. Кузьмин, А. Н. Коваленко // Казан. мед. журн. 2004. Т. 85, № 5. С. 352-356.
Akhtramov IF, Turenkov SV, Pressnov PV, Kuz'min II, Kovalenko AN. Khirurgicheskoe lechenie ostatochnykh defektov razvitiia elementov tazobedrennogo sustava u vzroslykh [Surgical treatment of residual developmental defects of the hip elements in adults]. Kazan Med Zhurn. 2004;85(5):352-356.

7. Двухэтапное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием аппарата Илизарова / Б.В. Камшилов, О. К. Чегуров, Д. Н. Ефимов, А. Л. Максимов, М. А. Рева // Гений ортопедии. 2012. № 3. С. 63-65.
Kamshilov BV, Chegurov OK, Efimov DN, Maksimov AL, Reva MA. Dvukhetapnoe endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava s ispol'zovaniem apparata Ilizarova [Two-stage arthroplasty of the hip using the Ilizarov fixator]. Genij Ortop. 2012;(3):63-65.
8. Cementless Total Hip Arthroplasty With Modified Oblique Femoral Shortening Osteotomy in Crowe Type IV Congenital Hip Dislocation / OI. Kiliçoğlu, M. Türker, T. Akgül, O. Yazicioğlu // J Arthroplasty. 2013. Vol. 28, №1. С. 117-125.
Kiliçoğlu OI, Türker M, Akgül T, Yazicioğlu O. Cementless total hip arthroplasty with modified oblique femoral shortening osteotomy in Crowe Type IV congenital hip dislocation. J Arthroplasty. 2013 Jan;28(1):117-125. doi: 10.1016/j.arth.2012.06.014.
9. Оценка возможности восстановления длины конечности у пациентов с тяжелой степенью дисплазии тазобедренного сустава при различных вариантах хирургической техники эндопротезирования / А. В. Мазуренко, Р. М. Тахилов, И. И. Шубняков, Н. С. Николаев, Д. Г. Плиев, В. В. Близиуков // Травматология и ортопедия России. 2010. № 3. С. 16-21.
Mazurenko AV, Takhilov RM, Shubniakov II, Nikolaev NS, Pliev DG, Blizniukov VV. Otsenka vozmozhnosti vosstanovleniia dliny konechnosti u patsientov s tiazhelei stepen'iu displazii tazobedrennogo sustava pri razlichnykh variantakh khirurgicheskoi tekhniki endoprotezirovaniia [The assessment of the possibility of limb length recovery in patients with the hip dysplasia of severe degree for replacement surgical technique of different variants]. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2010;(3):16-21.

Рукопись поступила 20.05.2013.

Сведения об авторах:

1. Чегуров Олег Константинович – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, заведующий лабораторией реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, д. м. н.
2. Нифтуллаев Эмиль Галиб оглы – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, аспирант.