

Случай из практики

© Группа авторов, 2007

Лечение комбинированной деформации проксимального отдела бедренной кости

В.Д. Макушин, М.П. Тепленький, Н.Г. Логинова

Treatment of the combined deformity of proximal femur

V.D. Makushin, M.P. Tioplenky, N.G. Logginova

Федеральное государственное учреждение

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова Росмедтехнологий», г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Приводится клиническое наблюдение по лечению комбинированной деформации проксимального отдела бедра посредством чресшеечной удлинняющей остеотомии по новой технологии. Полное анатомическое и функциональное восстановление.

Ключевые слова: шейная деформация бедра, коррекция шейки, аппарат Илизарова.

The clinical observation is presented concerning the treatment of the combined deformity of proximal femur by performing the transcervical lengthening osteotomy according to a new technology. Complete anatomic and functional recovery is achieved.

Keywords: femoral cervical deformity, correction of the neck, the Ilizarov fixator.

Одним из неблагоприятных исходов вправления врожденного вывиха бедра у детей является формирование комбинированной деформации проксимального отдела бедренной кости в виде субкапитальной вальгизации эпифиза, сопровождающейся варусной деформацией и укорочением шейки. [1, 4, 5, 6]. Для предупреждения прогрессирования диспластического коксартроза необходимо восстановление биомеханически правильных взаимоотношений в суставе [2, 3]. Поэтому задачами реконструктивного вмешательства в таких случаях являются:

1 – устранение децентрации головки бедра, обусловленной латеральным опрокидыванием эпифиза;

2 – восстановление правильных соотношений между верхушкой большого вертела и центром головки бедра.

Группой авторов во главе с В.И. Шевцовым в нашем Центре разработана методика коррекции деформации проксимального отдела бедра с помощью модуля аппарата Илизарова*, предполагающая выполнение чресшеечной базальной корригирующе-удлинняющей остеотомии (рис. 1).

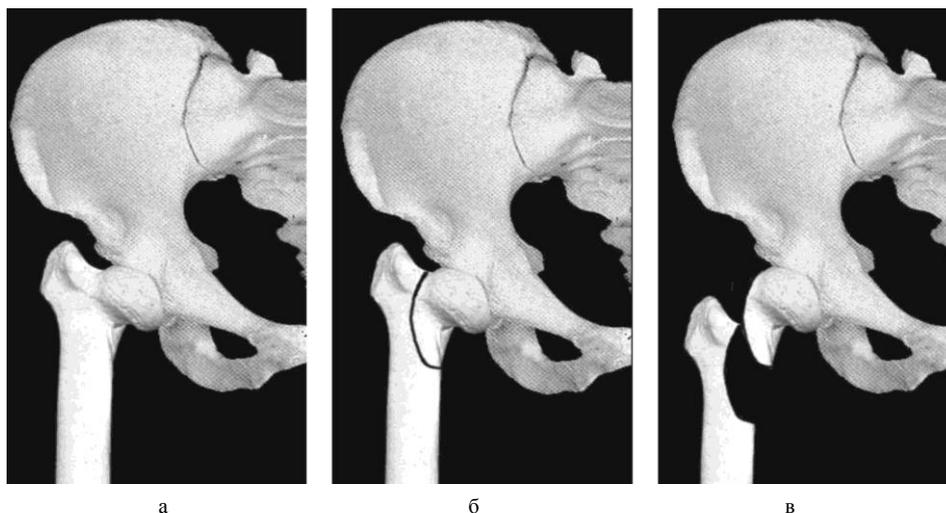


Рис. 1. Схемы положения фрагментов бедренной кости при выполнении чресшеечной удлинняющей остеотомии бедра: а – до коррекции; б – после остеотомии; в – после постепенного коррекционного разворота фрагментов

* Патент РФ, № 2256423, Авторы: В. И. Шевцов, М. П. Тепленький, В. Д. Макушин, Т. Ю. Карасева.

Приводим клиническое наблюдение.

Большая Ч., 14 лет. Диагноз: левосторонний диспластический коксартроз, варусная деформация шейки бедра. Жалобы на хромоту, повышенную утомляемость, боли в тазобедренном суставе после нагрузки. При клиническом обследовании: приводящая контрактура левого тазобедренного сустава, укорочение левой нижней конечности – 3 см, симптом Тренделенбурга слева положительный (рис. 2, а).

По данным рентгенографии: варусно-торсионная деформация шейки левого бедра (ШДУ – 85°, угол антеверсии – 35°), сочетающаяся с ее укорочением. Верхушка большого вертела смещена вверх относительно суставной поверхности головки (АТД) на 28 мм. Вертлужная впадина овальной формы, угол Шарпа – 38°. Степень покрытия головки крышей впадины (СПГВ) – 70 % (рис. 2, б). На рентгенограмме, выполненной в центрированном положении (отведение и внутренняя ротация конечности 35°), показатель СПГВ увеличивается до 90 %. Расстояние от центра головки до вершины большого вертела (LD) меньше диаметра головки: LD = 0,6 D. Головка левого бедра отклонена кнаружи (угол Альсберга – 60°). (рис. 2, в).

Пациентке выполнено оперативное вмешательство. Известным способом проведены спицы и установлены опоры аппарата на подвздошной кости, в средней трети и дистальном метафизе бедра. Опоры на бедренной кости соединены стержнями. Посредством внутренней ротации и отведения конечности головка центрирована во впадине.

Через медиальный отдел шейки в кососагитальной плоскости проведены 2 перекрещивающиеся спицы с упорными площадками, ко-

торые фиксированы в дуге. Дуга соединена с опорой на тазовой кости стержнями с шарнирными устройствами.

По передней поверхности тазобедренного сустава произведен разрез 6 см. Тупо расслоены мягкие ткани. Узким долотом в сагитальном направлении от верхненаружного отдела шейки до нижнего края малого вертела выполнена С-образная остеотомия. Посредством приведения конечности произведена коррекция субкапитальной вальгизации эпифиза. Опоры на бедре соединены стержнями с шарнирными устройствами, направление которых определено в ходе предоперационного проектирования. На рану наложены швы. В течение 48 дней произведена постепенная коррекция деформации. После окончания коррекционного разворота удалены спицы из проксимального отдела бедра. Зона регенерата фиксирована консольными спицами.

Срок фиксации фрагментов бедренной кости в корригированном состоянии составил 90 дней (рис. 3). После демонтажа аппарата и удаления спиц проведен курс восстановительного лечения.

Через десять месяцев после снятия аппарата пациентка ходит без хромоты, болей в суставе нет, относительная длина нижних конечностей одинаковая, амплитуда движений в правом тазобедренном суставе восстановилась полностью (рис. 4).

По данным рентгенографии: головка левого бедра овальной формы, центрирована во впадине, степень покрытия ее крышей впадины – 100 %, угол Виберга – 25°, ШДУ – 132°, угол Альсберга – 45°, АТД – 20 мм, LD = 1,3 D (рис. 4). Результат лечения расценен как хороший.

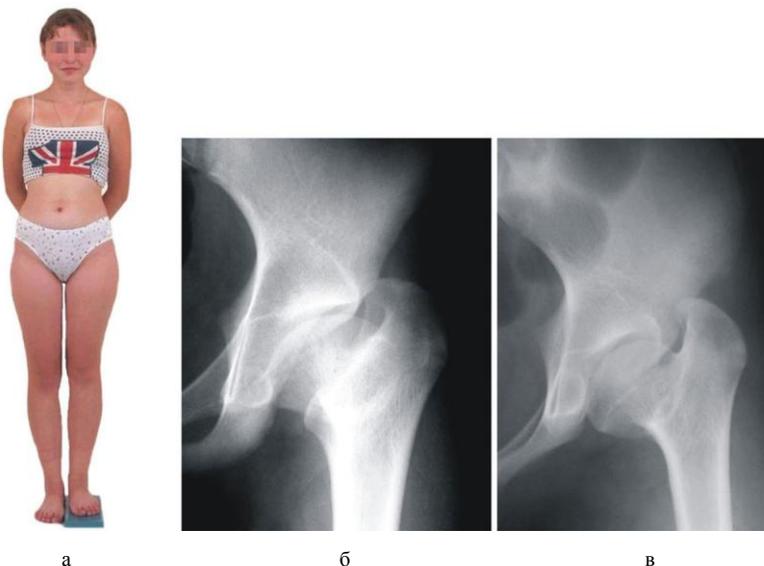


Рис. 2. Фотография больной Ч., 14 лет до лечения (а) и ее рентгенограммы: переднезадняя проекция (б); при центрированном положении головки бедра (в)



Рис. 3. Фотография больной Ч. и ее рентгенограмма в процессе удлинения шейки



Рис. 4. Фотографии больной Ч. и ее рентгенограмма через 10 месяцев после выписки из клиники

Предложенная реконструкция шейки бедренной кости позволяет изменить характер нагрузки и тяги ягодичных мышц, что улучшает условия их функционирования. Восстановление взаимоотношений между впадиной и головкой дает возможность перераспределить и снизить внутрисуставное давление путем увеличения площади контакта суставных поверхностей. Этим достигается повышение опорности конечности. Дозированное формирование шейки бедра с образованием distractionного регенерата уменьшает техническую сложность операции и дает возможность воздержаться от применения

трансплантата. Использование чрескостного устройства позволяет производить нарушение целостности бедренной кости полужакрытым способом, что предупреждает значительное повреждение окружающих сустав мягких тканей и снижает травматичность вмешательства.

Применением предлагаемого способа одновременно с коррекцией сложной деформации проксимального отдела бедра возможно компенсировать относительное укорочение нижней конечности.

Надеемся, что наше наблюдение заинтересует практикующих хирургов-ортопедов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий, А. В. Клиника и лечение асептического некроза головки бедра и болезни Пертеса у детей : автореф. дис... д-ра мед. наук / А. В. Белецкий ; Белорусский гос. мед институт. – Минск, 1997. – 23 с.
2. Двойная костнопластическая остеотомия проксимального отдела бедренной кости / О. А. Соколовский [и др.] // Стандартные технологии специализированной помощи детям при повреждениях опорно-двигательного аппарата : материалы совещ. дет. ортопед.-травматол. России, Ростов-на-Дону. – СПб., 1999. – С. 136-138.
3. Кречмар, А. Н. Оперативное лечение шеечно-диафизарных деформаций бедренной кости у детей и подростков / А. Н. Кречмар, А. И. Краснов // Ортопед., травматол. – 1986. - № 3. – С. 18-20.
4. Brougham, D. I. Avascular necrosis following closed reduction of congenital dislocation of the hip. Review of influencing factors and long-term follow-up / D. I. Brougham, W. G. Cole, M. B. Menelaus // J. Bone Jt. Surg. – 1990. – Vol. 72-B, No 4. – P. 557-562.
5. Kruczynski, J. Avascular necrosis of the proximal femur in developmental dislocation of the hip. Incidence, risk factors, sequelae and MR imaging for diagnosis and prognosis / J. Kruczynski // Acta Orthop. Scand. – 1996. - Suppl. 268. - P. 1-48.
6. Kalamchi, A. Avascular necrosis following treatment of congenital dislocation of the hip / A. Kalamchi, G. D. MacEwen // J. Bone Jt. Surg. – 1980. – Vol. 62-A, No 6. – P. 876-888.

Рукопись поступила 19.12.05.