© Группа авторов, 2007

Новый способ костно-пластической коррекции при дегенеративно-дистрофических поражениях тазобедренных суставов

М.П. Кудайкулов, М.К. Кудайкулов, Д.С. Караханиди

A new technique of osteoplastic correction for the hip degenerative involvements

M.P. Koudaikoulov, M.K. Koudaikoulov, D.S. Karakhanidy

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан

Показана актуальность лечения дегенеративно-дистрофических процессов тазобедренного сустава оперативными методами и презентуется новый способ его костно-пластической коррекции, без нарушения анатомии проксимальной части бедра и изменения шеечно-диафизарного угла, позволяющий изменить статическую нагрузку, кровоснабжение, иннервацию, приводящий к уменьшению болевого синдрома, улучшению функции конечности и передвижения больного.
Ключевые слова: костно-пластическая коррекция, дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренного сустава.

The work deals with the actual problem of the hip degenerative process treatment by surgical methods, and a new technique of the hip osteoplastic correction is proposed which is performed without disturbing the proximal femur anatomy and changing the neck-shaft angle and which allows to change static loading, blood supply, innervation and results in pain syndrome release, in the improvement of limb function and patient's movement.
Keywords: osteoplastic correction, degenerative involvements of the hip (joint).

ВВЕДЕНИЕ

Проблема дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава остаётся актуальной в силу их распространённости. Эта патология занимает первое место среди заболеваний крупных суставов, составляя 1-2 % от всей ортопедической патологии (1). Мировая практика показывает, что частота распространенности данного заболевания составляет от 17,8 до 28,7 на 10 000 взрослых жителей (2). Статистика Российских НИИ дает аналогичную картину – 17,8 на 10 000 взрослых жителей (3). При этом инвалидом становится каждый 11-й больной (2). Несомненные успехи фармакологии последних лет не способны решить вопрос радикально, консервативное лечение носит симптоматический характер и не позволяет предотвратить прогрессирование дегенеративно-дистрофического процесса. Поэтому оперативный метод остаётся основным при лечении данной патологии.

Основным оперативным методом лечения при I-II стадиях деформирующего коксартроза остаётся корригирующая остеотомия. При этом происходит перераспределение нагрузки с поражённого участка суставного хряща на другие сохраненные поверхности, уменьшается внутрикостное венозное давление, улучшаются субхондральная микроциркуляция и регенерация суставного хряща, прерывается патологическая иннервация данной области, что приводит к уменьшению болевого синдрома и улучшению общего состояния больных. Однако эффект от данных операций носит временный характер и серьёзно нарушает анатомию всей проксимальной части бедра.

Безусловно, что наиболее радикальным методом лечения данной патологи при III-IV степенях коксартроза является эндопротезирование тазобедренного сустава, а одним из ключевых моментов её проведения - сохранность анатомии проксимального отдела бедра. Ряд авторов выделяют отдельную группу пациентов, подлежащих эндопротезированию, как особо сложных, в силу перенесенных ими ранее операций, в частности корригирующей остеотомии и остеосинтеза шейки бедренной кости (4).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами предлагается следующая операция. Под общим обезболиванием, по общепринятой методике, в положении больного на спине, из разреза по наружно-боковой поверхности проксимального отдела бедра обнажается вертельная область. Производится капсулотомия, под контролем per oculus производится продольная чрешеечная компактотомия шейки бедра (рис. 1) с максимальным приближением остеотомии к поражённой части головки бедра. Остеотомированные фрагменты шейки аккуратно разводятся, производится экскохлеация полости, а образовавшийся дефект заполняется заранее приготовленным аутотрансплантантом, взятым из гребня подвздошной кости. Затем осуществляется остеосинтез отмоделированной накостной пластиной с двумя спонгиозными и четырьмя накостными винтами (рис. 2). Рана ушивается послойно наглухо.

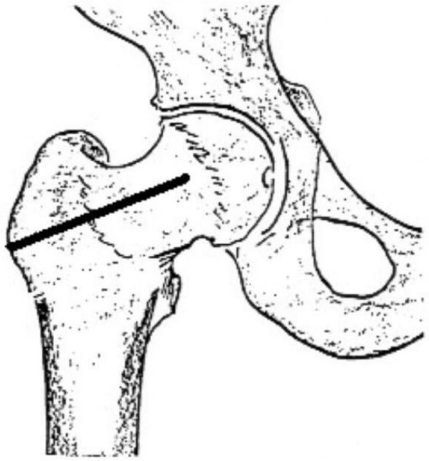

Рис. 1.

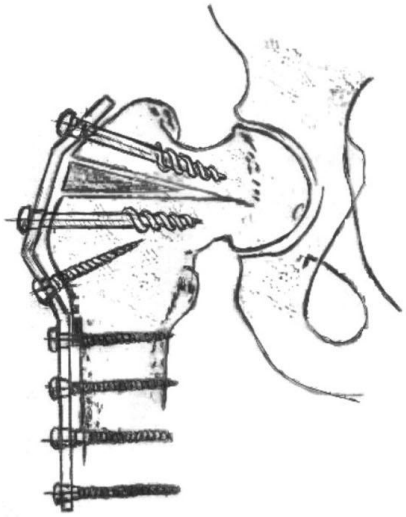

Рис. 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За период с августа по сентябрь 2006 г. по данной методике прооперировано 2 больных. У обоих пациентов результат расценен как хороший. При этом констатировано резкое снижение болевого синдрома и увеличение объёма движений в тазобедренном суставе. Операция производится со вскрытием и иссечением суставной капсулы, что уменьшает болевой синдром за счёт понижения внутрисуставного давления, без нарушения кровоснабжения и даже с улучшением микроциркуляции в зоне очага поражения. Немаловажным положительным фактором является сохранение межвертельной области и шеечно-диафизарного угла для возможного последующего эндопротезирования, а ранняя активизация больных дает определённый экономический эффект.

Пример 1. Больной А., 1951 г.р., история болезни № 7415/467, поступил в отделение ортопедии взрослых БНИЦТиО 04.09.06 с жалобами на боли, ограничение движений, неопороспособность левой нижней конечности.

Из анамнеза: 1 год назад появились боли в левом тазобедренном суставе. Появление болей ни с чем не связывает. В динамике боли усилились. Обратился за консультацией в отделение ортопедии взрослых БНИЦТиО. При обследовании рентгенологически от 04.09.06 обнаружен импрессионный перелом в верхненаружном квадранте с наличием кистозной полости (рис. 3, а). Наличие процесса подтверждено компьютерной томографией (рис. 3, б). Для оценки клинического состояния больного использовалась балльная система по Харрису.

После дополнительного обследования 06.09.06 больному произведена операция - продольная корригирующая расклинивающая остеотомия шейки левого бедра. Остеосинтез накостной пластиной и с аутокостной пластикой трансплантатом, взятым из гребня подвздошной кости (рис. 3, в).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной активизирован на 5-е сутки на костылях. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки. Выписан 25.09.06 в удовлетворительном состоянии.

а б в

Рис. 3. Рентгенограмма костей таза и верхней трети бедер (а) до операции, компьютерная томограмма (б) до операции, рентгенограмма после операции (в)

Пример 2. Больной Ш., 1972 г.р., история болезни № 6873/425, поступил в отделение ортопедии взрослых БНИЦТиО 15.08.06 с жалобами на боли, ограничение движений в правой нижней конечности.

Из анамнеза: боли появись 1,5 года назад, связывает с тяжёлой работой на стройке. Лечился амбулаторно по месту жительства, без особого эффекта. В связи с усилением болей обратился в отделение ортопедии взрослых БНИЦТиО. При обследовании рентгенологически от 16.08.06 обнаружен асептический некроз головки правой бедренной кости II степени. Патологический субкапитальный (вколоченный) перелом. Предложено оперативное лечение.

18.08.06 произведена операция – продольная корригирующая расклинивающая остеотомия шейки правого бедра с аутокостной пластикой трансплантатом, взятым из гребня подвздошной кости. Остеосинтез накостной пластиной.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной активизирован на 6-е сутки на костылях. Заживление раны первичным натяжением, шов снят на 12-е сутки. Выписан 06.09.06 в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование данного метода в лечении дегенеративно-дистрофических процессов тазобедренного сустава оправдано из-за малой инвазивности, высокой эффективности и хорошего экономического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативное лечение больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава / Ю. И. Ежов [и др.] // Травматология и ортопедия XXI века : сб. тез. докл.VIII съезда травматол.-ортопед. России. - Самара, 2006. - Том 1. – С.. 512.
2. Наш опыт ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава / А. В. Рак [и др.] // Травматология и ортопедия XXI века : сб. тез. докл.VIII съезда травматол.-ортопед. России. - Самара, 2006. - Том 1. - С. 602.
3. Опыт тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / С. Л. Тихомиров [и др.] // Травматология и ортопедия XXI века : сб. тез. докл.VIII съезда травматол.-ортопед. России. - Самара, 2006. - Том 1. - С. 635.
4. Лечение заболеваний и травм тазобедренного сустава методом тотального эндопротезирования / А. Б. Слободской [и др.] // Травматология и ортопедия XXI века : сб. тез. докл.VIII съезда травматол.-ортопед. России. - Самара, 2006. - Том 1. - С. 626.

Рукопись поступила 15.05.07.