

© Группа авторов, 2013.

УДК 616.71-018.46 -026.743:616.728.2-007.24-089.227.844

Новый способ лечения остеохондропатии тазобедренного сустава с эпифизарной имплантацией суспензии костного мозга

В.Д. Макушин, М.П. Тепленький, Э.М. Парфенов

A new treatment technique for the hip osteochondropathy using epiphyseal implantation of bone marrow suspension

V.D. Makushin, M.P. Teplen'kii, E.M. Parfenov

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)

До настоящего времени не существует единой точки зрения на тактику лечения пациентов с остеохондропатией тазобедренного сустава. Показания к тому или иному виду вмешательства чаще базируются на персональном опыте ортопеда [3]. Базовыми принципами лечения признаются достаточная разгрузка сустава и адекватная центрация головки бедра во впадине [4]. Применение аппаратов наружной фиксации обеспечивает реализацию этих принципов. Тем не менее, отношение к их использованию при данной патологии остается сдержанным [2].

В РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова разработан и внедрен новый способ лечения остеохондропатии тазобедренного сустава. Он является модификацией известной технологии, предусматривающей применение фиксационного варианта аппарата Илизарова и туннелизацию суставных компонентов [1]. Отличительная особенность — введение в головку бедренной кости аутологичной суспензии костного мозга.

Предлагаемый метод включает центрацию головки бедра во впадине и декомпрессию сустава аппаратом Илизарова или аппаратом «Фиксарт», лаваж сустава фурациллином и физиологическим раствором, введение в шейку бедра до ростковой зоны 4-6 спиц, фор-

мирование посредством перфоратора четырех — пяти каналов в шейке и головке бедра, введение в указанные каналы 2-3 мл аутологичной суспензии из костномозговой полости большеберцовой кости. При наличии субэпифизарных кист формируются дополнительные каналы, в которые вводят по 0,5 мл суспензии костного мозга. Предлагаемый способ используется при лечении детей с остеохондропатией тазобедренного сустава в стадии фрагментации.

Приводим клинический пример выполнения способа лечения.

Пациент А., 4 года. Диагноз: остеохондропатия правого тазобедренного сустава. Клинические признаки патологии: боли в правом тазобедренном суставе, коленном суставе при нагрузке и вечером, хромота, в правом тазобедренном суставе ограничено отведение и внутренняя ротация на 10°. Рентгенологические признаки патологии: выраженные деструктивные изменения в головке правой бедренной кости, класс III по Catterall, тип B/C по Herring (рис. 1).

В операционной под эндотрахеальным наркозом в правый тазобедренный сустав ввели дренирующее устройство, сустав промыли раствором фурациллина и изотоническим раствором (рис. 2, а).



а



б

Рис. 1. Рентгенограммы тазобедренных суставов пациента А., 4 года, до лечения: а — переднезадняя проекция; б — проекция Лауэнштейна (выраженный деструктивный процесс в головке бедра справа)

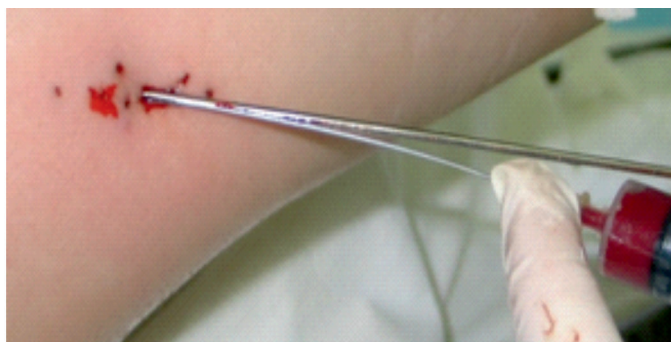


Рис. 2. Фото пациента А. на операционном столе: а – лаваж правого тазобедренного сустава; б – введение суспензии костного мозга по перфоратору в головку правого бедра

Затем после рентгенконтроля с помощью костного перфоратора сформированы 4 канала, в которые введено 3 мл нативной суспензии костного мозга, взятой из костномозгового канала большеберцовой кости (рис. 2, б). Из подвертельной области в шейку до ростковой зоны ввели 6 спиц (рис. 3, а). Через дистальный метафиз бедренной кости провели 3 спицы. В крыло правой подвздошной кости введено 2 резьбовых стержня и 3 консольные спицы с упорными площадками сзади. Спицы и стержни закреплены в двух опорах аппарата «Фиксарт». Тазовую и бедренную опоры соединили между собой стержнями (рис. 3, б). Правая нижняя конечность фиксирована в положении отведения 95° , разгибания 180° и внутренней ротации 10° . Послеоперационный период протекал гладко. Продолжительность фиксации составила 78 дней (рис. 4, а).

На рентгенограмме правого тазобедренного сустава, выполненной после снятия аппарата, эпифиз приобрел овальную форму и более однородную структуру (рис. 4, б).

На рентгенограммах правого тазобедренного сустава, выполненных через 3 года, головка бедра имеет сферичную форму и однородную структуру (рис. 4, в, г).

Применение предлагаемого способа позволяет активно влиять на репаративные процессы в головке бедра, что в ряде случаев сокращает продолжительность отдельных стадий и сроки восстановления суставных компонентов. Аппаратная фиксация сочленения, обеспечивающая поддержание равномерной ширины суставной щели, оптимальную ориентацию эпифиза относительно суставной ямки, а также эффект напряжения растяжения, является важным фактором, влияющим на течение репаративного процесса и предупреждающим развитие вторичных деформаций суставных компонентов. Туннелизация шейки бедра в сочетании с имплантацией костномозговой суспензии в головку бедра оказывает стимулирующее воздействие на локальное кровообращение, что ускоряет рассасывание некротизированных тканей и активизирует процесс остеогенеза.

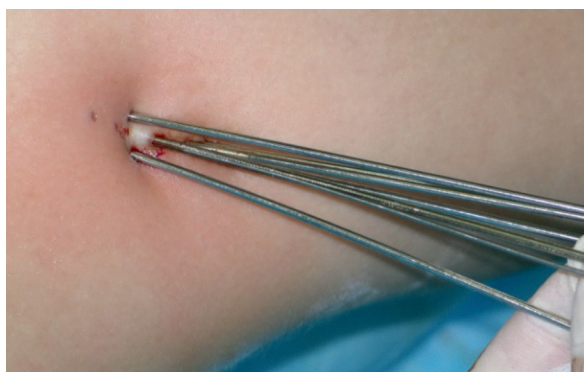


Рис. 3. Фото пациента А., 4 года: введение пучка спиц в шейку правого бедра (а); аппарат «Фиксарт», смонтированный на правом тазобедренном суставе (б)

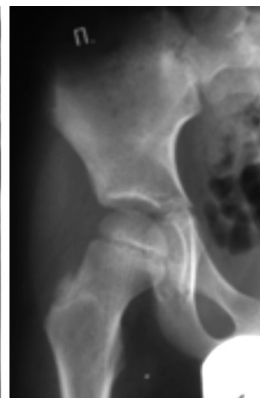
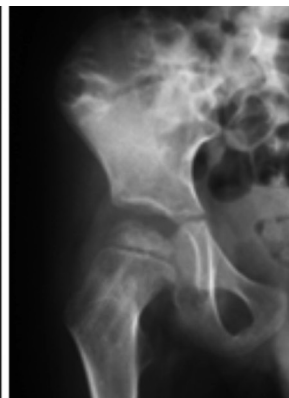


Рис. 4. Рентгенограммы тазобедренных суставов пациента А.: а – в процессе лечения; б – после снятия аппарата; в – через 3 года после лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевцов В. И., Макушин В. Д. Остеохондропатия тазобедренного сустава. М: Медицина, 2007. 352 с.
Shevtsov VI, Makushin VD. Osteokhondropatiia tazobedrennogo sustava [Osteochondropathy of the hip]. M: Meditsina. 2007. 352 s.
2. Kocaoglu M, Kilicoglu OI, Goksan S, Cakmak M. Ilizarov fixator for the treatment of Legg-Calve-Perthes disease. J Paediatr Orthop B. 1999;8(4):276-281.
3. Hefti F, Clarke NM. The management of Legg-Calvé-Perthes' disease: is there a consensus?: A study of clinical practice preferred by the members of the European Paediatric Orthopaedic Society. J Child Orthop. 2007;1(1):19-25. doi: 10.1007/s11832-007-0010-z.
4. Wenger DR, Ward WT, Herring JA. Legg-Calvé-Perthes Disease. J Bone Joint Surg. 1991;73-A(5):778-788.

Рукопись поступила 10.04.2012.

Сведения об авторах:

1. Макушин Вадим Дмитриевич – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, д. м. н., профессор.
2. Тёпленький Михаил Павлович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 9, заведующий лабораторией патологии суставов, д. м. н.
3. Парфенов Эдуард Михайлович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, травматолого-ортопедическое отделение № 9, врач ортопед-травматолог.