

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Чегуров О.К.¹, Колчев О.В.¹, Колотыгин Д.А.¹, Нифтуллаев Э.Г.¹

¹ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава России», г. Курган, Россия (640014, Россия, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 6.), e-mail: kolchev76@mail.ru

В работе представлена методика двухэтапного лечения врожденного вывиха бедра у взрослых больных. Проблемами лечения данной категории пациентов является высокая дислокация бедренной кости и выраженное недоразвитие суставных отделов, подлежащих эндопротезированию. Первым этапом для низведения бедренной кости осуществляется остеосинтез таза и бедренной кости на стороне вывиха аппаратом внешней фиксации. Низведение бедра начинают на второй день после операции темпом 1,5–2 мм/сутки до восстановления необходимых взаимоотношений. После фиксации в течение 5-7 дней аппарат с таза демонтируют, пациента на 3-5 дней укладывают на скелетное вытяжение грузом 7-8 кг за модуль на бедренной кости. После этого выполняют второй этап операции – эндопротезирование сустава, демонтаж модуля аппарата на бедре. В результате лечения у больной была восстановлена опора нижней конечности с уравниванием ее длины без ангионевротических нарушений.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, врожденный вывих бедра, коксартроз, эндопротезирование

HIP REPLACEMENT IN THE PATIENTS WITH CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP

Chegurov O.K., Kolchev O.V., Kolotygin D.A., Niftullaev E.G.

Federal State Budgetary Institution "Russian Ilizarov Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopaedics" of Ministry of Healthcare, the Russian Federation, e-mail: kolchev76@mail.ru

The work presents double stage treatment technique in congenital hip dislocation in adult patients. High dislocation of the femoral bone and marked underdevelopment of the articular parts to be replaced create the problems for treatment of the patients of this group. During the first stage pelvic and femoral osteosynthesis are performed at the side of dislocation using external fixator to transport femoral bone downwardly. Femoral transport starts on the second day after operation with the daily rate of 1.5-2 mm until restoration of the required relations. In 5-7 days of fixation the fixator is disassembled from the pelvis and the patient undergoes 7-8 kg skeletal traction using femur within 3-5 days. Then the second stage of operation is performed – joint replacement and fixator module disassembly in femur. The treatment results in restoration of supportability of the lower limb with limb length equalizing without angioneurologic disorders.

Keywords: hip joint, congenital dislocation of femur, coxarthrosis, joint replacement

Диспластический коксартроз занимает ведущее место среди артрозов другой этиологии и встречается в 37–85% случаев. Основным методом лечения данной патологии является хирургический. Результативность широко применяемых ранее паллиативных хирургических методик, таких как мышечно-фасциальные операции, туннелизации, артропластики и различные остеотомии, остается достаточно низкой. Неудовлетворительные исходы в отдаленном периоде составляют от 26% до 50% [2]. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является радикальным и наиболее эффективным методом лечения данной категории больных [3, 5, 6]. Сложность эндопротезирования при диспластическом коксартрозе заключается в анатомо-топографических изменениях головки бедренной кости и вертлужной впадины, их малых размерах, деформации [9]. Эти проблемы требуют от

хирурга индивидуального подхода и определенного решения [8]. Одномоментное эндопротезирование может быть невозможным из-за большой величины укорочения, выраженного рубцового процесса, механического повреждения седалищного нерва. В то же время значительное низведение бедренной кости с одноэтапным тотальным эндопротезированием в послеоперационном периоде может привести к развитию резко выраженной сгибательно-приводящей контрактуры, что в свою очередь повышает риск вывиха головки эндопротеза. В литературе описывается несколько способов низведения бедра и вправления головки во впадину: 1) резекция бедренной кости; 2) низведение бедра на скелетном вытяжении или в аппарате; 3) перемещение места прикрепления абдукторов бедра [7]. Субтрохантерная, подвертельная, укорачивающая остеотомия исключает раннюю стандартную нагрузку, требует длительной иммобилизации и может осложниться несращением [10]. Достаточно перспективным представляется использование аппаратов внешней фиксации (аппарата Илизарова) для низведения бедра как в случаях лечения врожденных вывихов бедра, так и при эндопротезировании таких суставов с целью профилактики ангионеврологических осложнений [4].

Материалы и методы исследования

Представлен клинический пример двухэтапного оперативного лечения врожденного вывиха бедра у взрослой больной. Тяжесть диспластических проявлений оценивали по J.F. Crowe (1979 г.). Индексная оценка патологии и результатов лечения проводилась по Харрису.

Больная Б., 47 лет поступила в РНЦ «ВТО» с диагнозом: врожденный вывих правого бедра, правосторонний диспластический коксартроз III стадии в неоартрозе, болевой синдром, укорочение конечности 5 см, комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. При поступлении пациентка ходила при помощи трости. Отмечала выраженный болевой синдром, усиливающийся после нагрузки, сильную хромоту, укорочение правой нижней конечности. Движения в правом тазобедренном суставе были резко ограничены. На рентгенограммах – признаки врожденного вывиха бедра, коксартроза в неоартрозе (рис. 1а). Индексная оценка по Харрису – 26 баллов.



а – до лечения	б – после остеосинтеза аппаратом Илизарова в процессе низведения бедра	в – через 1 год после эндопротезирования правого тазобедренного сустава
<i>Рис. 1. Рентгенограммы костей таза больной Б. в прямой проекции:</i>		

В клинике ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ больной первым этапом выполнена операция: закрытый чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова костей таза и правого бедра для его постепенного низведения (рис. 1б). Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная была вертикализована на вторые сутки после операции. Дозированное низведение бедра было начато на третий день после операции темпом 1,5–2 мм в сутки. Дистракцию продолжали 44 дня до восстановления на контрольных рентгенограммах линии Шентона. Фиксацию в аппарате продолжали в течение семи дней. После этого аппарат с таза демонтировали, и больная была уложена на скелетное вытяжение грузом 7 кг в течение трех дней. В процессе дистракции больная ежедневно занималась ЛФК коленного и голеностопного суставов, один раз в 10–12 дней проводились перевязки. Вторым этапом по технологии выполнено тотальное гибридное эндопротезирование правого тазобедренного сустава протезом Smith & Nephew. В послеоперационном периоде больная обучалась правильной ходьбе с костылями, продолжала заниматься ЛФК с целью восстановления функций мышц бедра. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение

При выписке больная отмечала отсутствие болевого синдрома, повышение опороспособности правой нижней конечности с уравниванием длины нижних конечностей. В течение первых трех месяцев после операции больная ходила с помощью костылей, дозированно нагружая оперированную конечность. К концу четвертого месяца постепенно перешла к полной нагрузке. На контрольном осмотре через один год после операции больная жалоб на боли в правом тазобедренном суставе не предъявляла. Ходила без дополнительных средств опоры, слегка прихрамывая на оперированную конечность. Объем движений в тазобедренном суставе увеличился до функционально пригодного. На рентгенограмме таза с тазобедренными суставами через один год после операции положение компонентов эндопротеза правильное, стабильное (рис. 1в). Индексная оценка по Харрису через один год после операции составила 84 балла, что соответствовало хорошему результату лечения. Больная результатом лечения довольна.

Вывод

Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра после дозированного его низведения с помощью аппарата Илизарова является достаточно эффективным, позволяет без ангионевротических нарушений восстановить опороспособность с уравниванием длин нижних конечностей и получить положительный анатомо-функциональный результат лечения.

Список литературы

1. 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.
2. Волокитина Е.А., Колотыгин Д.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова после опорных остеотомий // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 1 (47). – С. 82–89.
3. К вопросу о тотальном эндопротезировании тазобедренных суставов при ревматических заболеваниях (предварительное сообщение) / О.А. Каплунов, А.Г. Каплунов, А.Ю. Очнев, М.А. Чернявский // Гений ортопедии. – 2007. – № 4. – С. 49–53.
4. Локальные интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава / Е.А. Волокитина, О.П. Зайцева, Д.А. Колотыгин, А.А. Вишняков // Гений ортопедии. – 2009. – № 3. – С. 71–77.
5. Оценка возможности восстановления длины конечности у пациентов с тяжелой степенью дисплазии тазобедренного сустава при различных вариантах хирургической техники эндопротезирования / А.В. Мазуренко, Р.М. Тихилов, И.И. Шубняков, Н.С. Николаев, Д.Г. Плиев, В.В. Близнюков // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 3 (57). – С. 16–20.
6. Развитие травматологии и ортопедии в республике Беларусь на современном этапе: материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. — Минск, 2008. – 328 с.
7. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. Р. М. Тихилова, В. М. Шаповалова. – СПб.: РНИИТО им. Р. Р. Вредена, 2008. – 324 с.
8. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе / А.Н. Решетников, Н.Н. Павленко, В.А. Зайцев, А.В. Фроленков, М.В. Горякин, А.А. Ненашев, О.Л. Емкужев // Вестник ТГУ. – 2012. – Т. 17, вып. 3. – С. 901–903.
9. Эндопротезирование тазобедренного сустава / В.К. Николенко, Б.П. Буряченко, Д.В. Давыдов, М.В. Николенко. – М.: Медицина, 2009. – 217 с.

10. Amstutz H. C. Innovations in design and technology. The story of hip arthroplasty // Clin. Orthop. – 2000. – No 378. – P. 23–30.

Рецензенты:

Тепленький М. П., д.м.н., заведующий лабораторией, врач высшей категории, г. Курган;

Солдатов Ю.П. д.м.н., руководитель учебного отдела, профессор, ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган.