

© В.Д. Макушин, М.П. Тепленький, 1998

**Лечение детей с двусторонним врожденным вывихом бедра****В.Д. Макушин, М.П. Тепленький****Treatment of children with bilateral congenital dislocation of the hip****V.D. Makushin, M.P. Tioplenky.**Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган  
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ В.И. Шевцов)

Трудности ортопедического лечения детей с двухсторонним вывихом бедра общеизвестны. Поэтому понятен интерес хирургов к новым технологиям лечения детей с данной патологией, особенно, когда используется аппарат Илизарова [1, 2, 3]. В Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» В.И. Шевцовым и В.М. Куртовым разработан способ лечения вывиха бедра и предложен аппарат для его осуществления\*.

Указанный способ и устройство использованы при лечении 8 детей в возрасте от 4-х до 8-ми лет, имеющих двусторонний вывих бедра. Приводим клинический пример. Больная К. 4 лет поступила в клинику по поводу врожденного двухстороннего вывиха бедра. При клиническом обследовании отмечалось: относительное укорочение правой нижней конечности 1 см, смещение большого вертела выше линии Розера-Нелатона справа - на 5 см, слева - на 4 см, приводяще-сгибательные контрактуры обоих тазобедренных суставов, положительный симптом Тренделенбурга с обеих сторон, хромота. При рентгенологическом исследовании выявлено: головки бедер смещены вверх и наружу относительно вертлужных впадин с нарушением линии Шентона, вертлужные впадины уплощены (ацетабулярный индекс: справа - 30°, слева - 35°, угол Шарпа справа - 36°, слева - 32°), избыточная антеверзия проксимальных отделов обоих бедер (справа - 40°, слева - 42°), шейечно-диафизарный угол справа - 135°, слева - 132° (рис. 2).

Пациентке проведено лечение согласно методике, разработанной в РНЦ «ВТО». Для этого через подвздошные кости проведены спицы,

которые закреплены и натянуты в опорах аппарата Илизарова. Через диафизы и дистальные метафизы обеих бедренных костей проведено по две спицы, которые закреплены и натянуты в четырех опорах. Все элементы аппарата взаимосвязаны между собой между собой стержнями. На пятый день после операции начата дистракция между тазовыми и бедренными опорами для низведения головок бедер. Справа низведение составило 51 день, слева - 43 дня. Затем в течение 55 дней производилось постепенное погружение головок бедер в вертлужные впадины. В достигнутом положении поочередно на каждом тазобедренном суставе были произведены дополнительные внесуставные вмешательства, направленные на повышении стабильности суставов и установку конечностей в функционально выгодном положении.

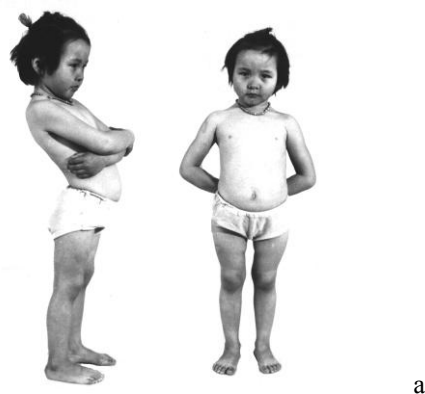


Рис. 2. Больная К., 4 лет до лечения (а) и ее рентгено-

\* \*Заявка №95-115891 РФ МКИ<sup>7</sup> А 61 В 17/56 Способ лечения вывиха бедра и аппарат для его осуществления /В.И.Шевцов, В.М.Куртов/. — Заявлено 12.09.1995г.

нограммы (б)

Слева, с целью формирования крыши вертлужной впадины, произведена остеотомия надацетабулярной области, справа - спицевая туннелизация переацетабулярной области и ростковой зоны. С обеих сторон произведены межвертельные корригирующие остеотомии бедер (рис. 3).

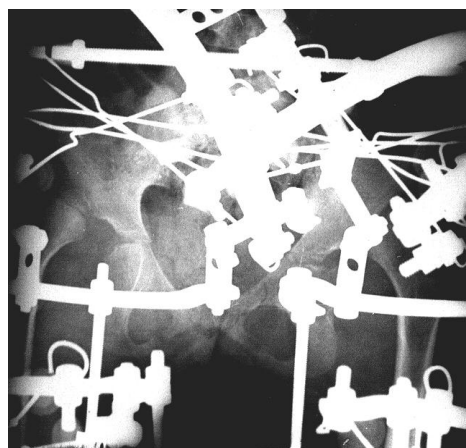
В левом тазобедренном суставе фиксация составила 110 дней, в правом - 46 дней. После достижения полной консолидации в зоне остеотомии аппарат был демонтирован, наложена съемная кокситная гипсовая повязка, проводился курс консервативных реабилитационных мероприятий. Через год после снятия аппарата больная ходит с полной нагрузкой, без выраженной хромоты, относительная длина нижних конечностей одинаковая, амплитуда движений в

тазобедренных суставах восстановилась на 70%. При рентгенологическом исследовании: головки обоих бедер центрированы в вертлужных впадинах, линия Шентона не нарушена, угол Виберга справа -15°, слева - 22°, ацетабулярный индекс справа- 18°, слева - 15°, угол Шарпа справа - 41°, слева - 48°, шейечно-диафизарный угол справа - 115°, слева- 118°, угол антеверзии справа - 20°, слева- 18° (рис. 4).

Таким образом, использованная методика лечения двухстороннего вывиха бедра с применением аппарата Илизарова позволило щадящими ортопедическими приемами произвести закрытое вправление и центрацию головок бедер в вертлужные впадины, с последующей стабилизацией тазобедренных суставов и приданием дистальным отделам конечностей функционально выгодного положения.



а



б

Рис. 3. Больная К. в процессе лечения (а) и её рентгенограмма (б)



а



б

Рис. 4. Больная К. через 1 год после лечения (а) и её рентгенограмма (б)

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шевцов В.И., Куртов В.М., Карасева Т.Ю. Лечение больных с врожденным и патологическим вывихом бедра методом Илизарова. Тезисы докл. Международной конференции памяти акад. Илизарова Г.А. - Курган, 1993г. - С.161-163
2. Ахтямов И.Ф. Использование аппарата Илизарова в лечении врожденного вывиха бедра и его осложнений. // Ортопед. травматол.- 1992.- № 2.- с. 79-85.
3. Шевцов В.И., Куртов В.М., Тепленький М.П. Лечение детей и подростков с врожденным вывихом бедра методом чрескостного остеосинтеза. // Гений ортопедии. 1996г. - № 2-3 - с. 73

Рукопись поступила 21.10.98.