

правильного двигательного стереотипа в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зырянов С.Я., Свешников А.А. Устранение по методу Илизарова множественных деформаций нижних конечностей у взрослых с несовершенным остеогенезом // Материалы 24 научн.-практ. конф. врачей Курганской области (30-31 марта 1992). - Курган, 1992. - С. 59-60.
2. А.с. 1146012 СССР, МКИ³ А 61 В 17/00 Способ удлинения трубчатой кости / Г.А.Илизаров, С.Я.Зырянов, В.И.Шевцов (СССР). - № 3610703/28-13; заявлено 27.06.83; Оpubл. 23.03.85. - Бюл. № 11. - С. 15.
3. А.с. 1047467 СССР, МКИ³ А 61 В 17/00 Способ устранения деформаций заднего отдела стопы / Г.А.Илизаров, А.В.Попков, С.Я.Зырянов (СССР). - № 3443679/28-13; Заявлено 20.05.82; Оpubл. 15.10.83. - Бюл. № 38. - С. 13.
4. А.с. 912150 СССР, МКИ³ А 61 В 17/00 Способ устранения эквинусных деформаций стопы / Г.А.Илизаров, В.И.Шевцов (СССР). - № 2955233/28-13; Заявлено 11.07.80; Оpubл. 15.03.82, Бюл. № 10. - С. 16.
5. А.с. 1178432, СССР, МКИ⁴ А 61 В 17/00 Способ устранения деформаций стопы / Г.А.Илизаров (СССР). - № 3734093/13. Заявлено 06.03.84, Оpubл. 15.09.85. - Бюл. № 34, С. 20.
6. А.с. 1621917, МКИ⁵ А 61 F 5/04 Регулируемая подставка для стопы / С.Я.Зырянов (СССР). - № 4653514/14; Заявлено 22.02.89; Оpubл. 23.01.91. - Бюл. № 3. - С. 17.

Рукопись поступила 21.10.93.

© Х.З.Гафаров, И.Ф.Ахтямов, 1995

НОВЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ФОРМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

Х.З.Гафаров, И.Ф.Ахтямов

Научно-исследовательский центр Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия», г.Казань (Директор - член-корреспондент АН Республики Татарстан, д.м.н., профессор Х.З.Гафаров)

Разработан комплекс хирургических вмешательств у подростков с артротическими изменениями области тазобедренного сустава после перенесенных ранее врожденных и приобретенных заболеваний, основанный на коррекции дисплазии элементов сустава с восстановлением правильной биомеханики, декомпрессией в суставе, улучшением кровоснабжения головки бедренной кости.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, аппарат Илизарова, вертлужная впадина.

Проблема лечения диспластического коксартроза на сегодня остается одной из самых актуальных в ортопедии, поскольку высок уровень инвалидности у этой группы больных.

Активная хирургическая тактика при лечении заболеваний тазобедренного сустава, приводящих к развитию коксартроза, не всегда дает положительный эффект. Причинами неудач являются: позднее выявление патологии, осложнения консервативного и оперативного лечения, остаточные дефекты элементов сустава и параартикулярных тканей.

Ранние формы диспластического коксартроза характеризуются как наличием ограничения движений в суставе и болями после физической нагрузки, так и нарушением походки. В основе функциональных нарушений лежат как структурные изменения в костной ткани и мышцах, так и диспластические процессы всех элементов сустава.

В отделении патологии конечностей у детей Научно-исследовательского центра Та-

тарстана «Восстановительная травматология и ортопедия» (НИЦТ «ВТО») разработан комплекс хирургических вмешательств у подростков с артротическими изменениями области тазобедренного сустава после перенесенных ранее врожденных и приобретенных заболеваний (юношеского эпифизеолиза и асептического некроза головки бедра, врожденного и патологического вывиха бедра и др.).

Принципы лечения заключаются в коррекции дисплазии элементов сустава с восстановлением правильной биомеханики, декомпрессии в суставе, улучшении кровоснабжения головки бедренной кости.

Лечение коксартроза у подростков мы проводим с использованием аппарата Илизарова в спицевом варианте и в сочетании со стержнями.

Не отходя от традиционных методов лечения, мы активно применяем медиализирующую межвертельную остеотомию проксимального отдела бедренной кости с выведением

зоны поражения головки бедра из-под нагрузки. Для этой цели применяем аппарат, состоящий из кольцевой опоры на дистальном отделе бедра, дуги - в среднем его отделе и фиксации проксимального отдела двумя резьбовыми стержнями, укрепленными в корригирующей системе аппарата.

Остеотомия бедренной кости, улучшая биомеханику сустава, способствует декомпрессии головки бедренной кости и нормализует кровоснабжение проксимального ее отдела за счет регенерата в межвертельной области. При наличии обширного очага поражения головки бедренной кости мы дополняем остеотомию в межвертельной области туннелизацией шейки и эпифиза. Используем для биостимуляции трубчатые трансплантаты.

Дисплазия крыши вертлужной впадины резко усугубляет течение заболевания. Это характеризуется возрастающей неустойчивостью в суставе, перегрузкой отдельных участков головки бедренной кости и развитием артротических изменений в самом тазовом компоненте.

Для коррекции крыши вертлужной впадины нами применяется метод постепенной distraction с формированием аутонавеса на аппарате Илизарова. Метод осуществляется по следующей схеме.

На дистальный отдел бедренной кости накладываем кольцевую опору 6. Дуга 11 аппарата монтируется на трех перекрещивающихся спицах, проведенных через крыло подвздошной кости (рис. 2). Кольцо и дуга аппарата соединяются резьбовыми стержнями с шарнирами на уровне тазобедренного сустава. Передним разрезом мягких тканей обнажается надвертлужная область подвздошной кости. Вводим защитники мягких тканей 4. Проводим формирование треугольного трансплантата 14 над вертлужной впадиной с предварительным низведением головки бедра до нормального физиологического положения (рис. 1). В трансплантат, формируемый без отслойки надкостницы и мышц по наружной поверхности его, вводят два резьбовых стержня 16 до внутренней кортикальной пластинки (рис. 3). Стержни фиксируются на distractionной приставке 9 тазовой дуги 11 аппарата. На 3-4 день после операции начинаем distraction сформированного ауотрансплантата кнаружи и книзу (рис. 4). Тракция проводится по 1 мм в день до полного перекрытия головки бедра аутонавесом. Аппарат демонтируем после созревания регенерата.

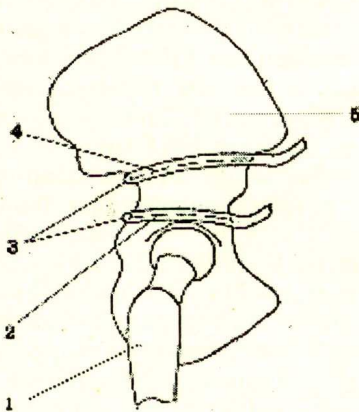


Рис. 1.

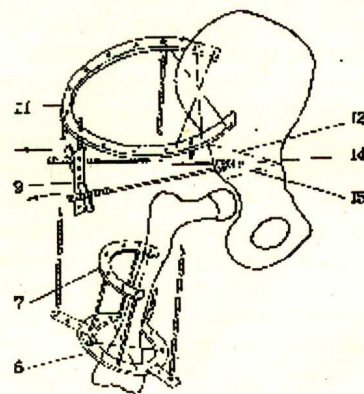


Рис. 2.

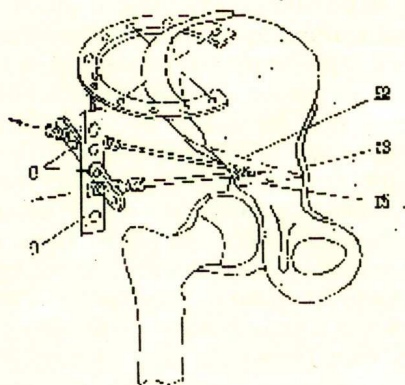


Рис. 3.

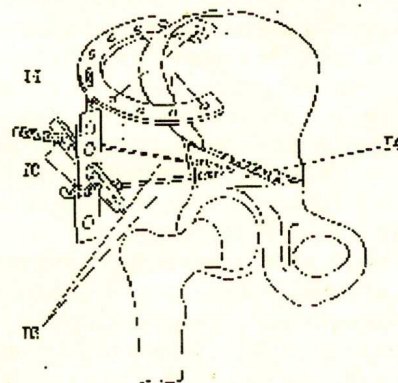


Рис. 4.

Разработанный метод коррекции крыши вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе позволяет не только восстановить опороспособность конечности, но и оказывает опосредованное влияние на трофику как вертлужной впадины, так и головки бедренной кости. Удлинение кровоснабжения всего сустава после формирования дистракционного аутонавеса доказано проведенными сцинтиграфическими исследованиями у оперированных больных.

Вмешательства на костных элементах сустава сочетаются в большинстве случаев с коррекцией параартикулярных мышц: субспинальной миотомией сгибателей бедра, тенотомией приводящих мышц, коррекцией пельвиотрохантерной группы мышц.

После завершения аппаратного лечения больным проводим курс физио-механотерапии, санаторное лечение. Реабилитационная терапия осуществляется в течение всего срока диспансерного наблюдения за этой группой больных.

Рукопись поступила 20.10.92.

Разработанный комплекс аппаратного лечения больных с ранними формами диспластического коксартроза проведен у 18 больных 14-18-летнего возраста с большим положительным эффектом. Больные восстановили нормальную походку, полноценную функцию в суставе; отсутствуют боли.

К осложнениям хирургического лечения можно отнести спицевую инфекцию, дефекты спиц, стержней. Однако, ни в одном случае они не повлияли на конечный результат, хотя и несколько удлиннили срок лечения.

В завершение можно отметить, что комплекс аппаратного лечения коксартрозов дает возможность наиболее полноценно восстановить опороспособность конечности, функцию в суставе и рентгено-структуру костных элементов. Результаты лечения больных позволяют рекомендовать методику к широкому внедрению в специализированных ортопедических клиниках