

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© В.И.Шевцов, Т.Ю.Карасева, 1995

УСТРАНЕНИЕ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ВЫРАЖЕННОЙ ВА- РУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ, СОЧЕ- ТАЮЩЕЙСЯ С ЛОЖНЫМ СУСТАВОМ ПОСЛЕДНЕЙ.

В.И.ШЕВЦОВ, Т.Ю.КАРАСЕВА

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А.Илизарова, г.Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор В.И.Шевцов)

В Российском научном центре "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А.Илизарова боль-
ному Д., 5 лет, в один этап лечения произведена коррекция выраженной деформации проксимального отдела бедрен-
ной кости с ликвидацией ложного сустава шейки бедра, компенсировано укорочение пораженной конечности с нор-
мализацией ее биомеханической оси.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, деформация, коррекция, чрезкостный остеосинтез.

Несмотря на значительный опыт, нако-
пленный в реконструктивной хирургии тазо-
бедренного сустава, проблема лечения больных
с варусной деформацией шейки бедренной
кости все еще остается актуальной.

Особые трудности для лечения пред-
ставляют больные с выраженной варусной де-
формацией шейки бедра, сочетающейся с лож-
ным суставом последней. В Российском науч-
ном центре "Восстановительная травматология
и ортопедия" имени академика Г.А.Илизарова
разработаны оригинальные методики лечения
данной категории больных, позволяющие в
один этап лечения наряду с коррекцией шеечно-
диафизарного угла ликвидировать ложный
сустав шейки бедренной кости, а также сопут-
ствующее укорочение с устранением деформа-
ции коленного сустава во фронтальной плос-
кости.

Приводим одно из клинических наблю-
дений. Больной Д., 5 лет, поступил в клинику с
жалобами на боли ноющего характера в обла-
сти левого тазобедренного сустава, укорочение
и неопорность левой нижней конечности (рис.
1). Амплитуда движений в тазобедренном су-
ставе ограничена: отведение — 90° , разгибание
— до 160° .

На рентгенограмме отмечалось умень-
шение шеечно-диафизарного угла до 72° (рис.
2). Уменьшенная в своих размерах и вытянутая
в продольном направлении головка бедренной
кости находилась в вертлужной впадине, глу-
бина которой уменьшена до 0,35 при ацетабу-
лярном угле 58° . Латеральный отдел шейки

бедренной кости фрагментирован с выделением
трехгранного фрагмента в верхне-латеральном
ее отделе.

При денситометрическом исследовании
было выявлено, что содержание минеральных
веществ (МВ) в области головки бедренной
кости составляло 47% от интактной конечнос-
ти, в шейке — 79%, а в области большого вер-
тела практически не отличалось от соответ-
ствующего участка здоровой конечности и
составляло 99%.

Произведена чрезвертельная остеото-
мия левого бедра и корригирующе-
удлиняющая кортикотомия в нижней трети его.
Компоновка аппарата — из трех дуг и кольца.
Одна из спиц проводилась через латеральный
отдел медиальной части шейки с целью созда-
ния компрессирующих усилий в области лож-
ного сустава.

Дозированное увеличение шеечно-
диафизарного угла в течение 21 дня осу-
ществлялось путем distraction между дугами
аппарата на бедре. Для низведения большого
вертела книзу и установки шейки бедра в пра-
вильное положение производилась distraction
по наружным стержням между дугой, на кото-
рой фиксируются спицы, проведенные через
крыло подвздошной кости, и расположенной
ниже дугой аппарата на бедре.

Период дозированной distraction для
удлинения и коррекции биомеханической оси
конечности составил 31 день, срок последую-
щей фиксации — 52 дня (рис. 3).

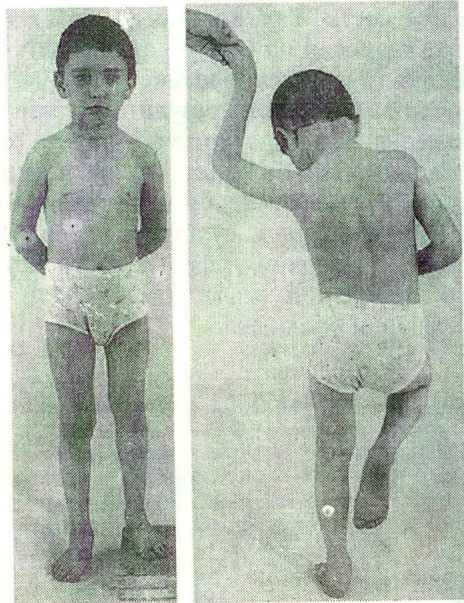


Рис.1. Больной Д. до лечения.



Рис.2. Рентгенограмма больного Д. до лечения.

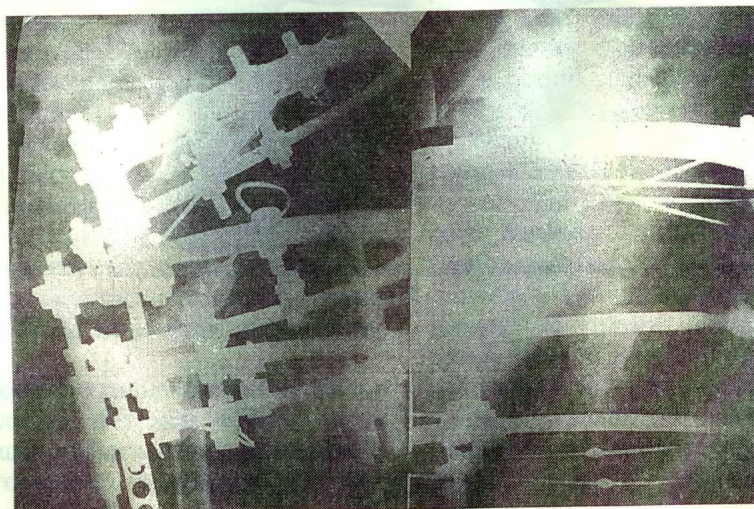
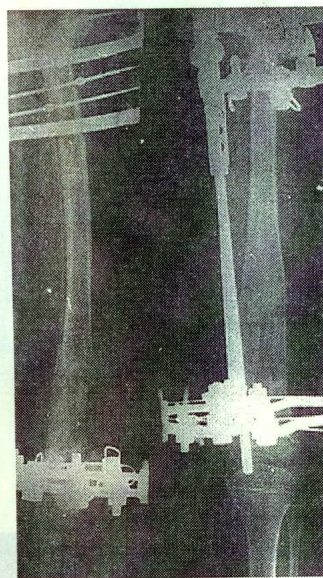
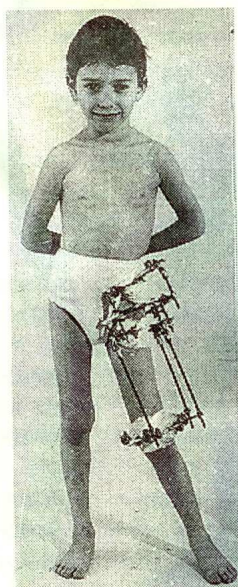


Рис.3. Больной Д. в процессе лечения и его рентгенограммы после завершения коррекции деформации проксимального отдела бедренной кости и ее удлинения.

Контрольный осмотр сделан через 3 года. Жалоб нет. Пациент ходит без дополнительных средств опоры, длина ног одинакова. Симптом Тренделенбурга отрицателен (рис. 4).

Рентгенологически: головка бедренной кости и вертлужная впадина правильной формы со взаимно конгруэнтными контурами, шейечно-диафизарный угол равен 130° , целостность костной ткани в области шейки бедренной кости восстановлена.

При денситометрическом исследовании отмечено значительное увеличение содержания

минеральных веществ в проксимальном отделе бедренной кости. Так, количество МВ в головке бедра возросло на 64% по сравнению с дооперационным уровнем, в шейке — на 104%.

Таким образом, результат клинического применения метода чрескостного остеосинтеза при лечении больных с выраженной деформацией проксимального отдела бедра, осложненной ложным суставом шейки, свидетельствует о высокой эффективности метода в медико-социальной реабилитации этой сложной категории больных.

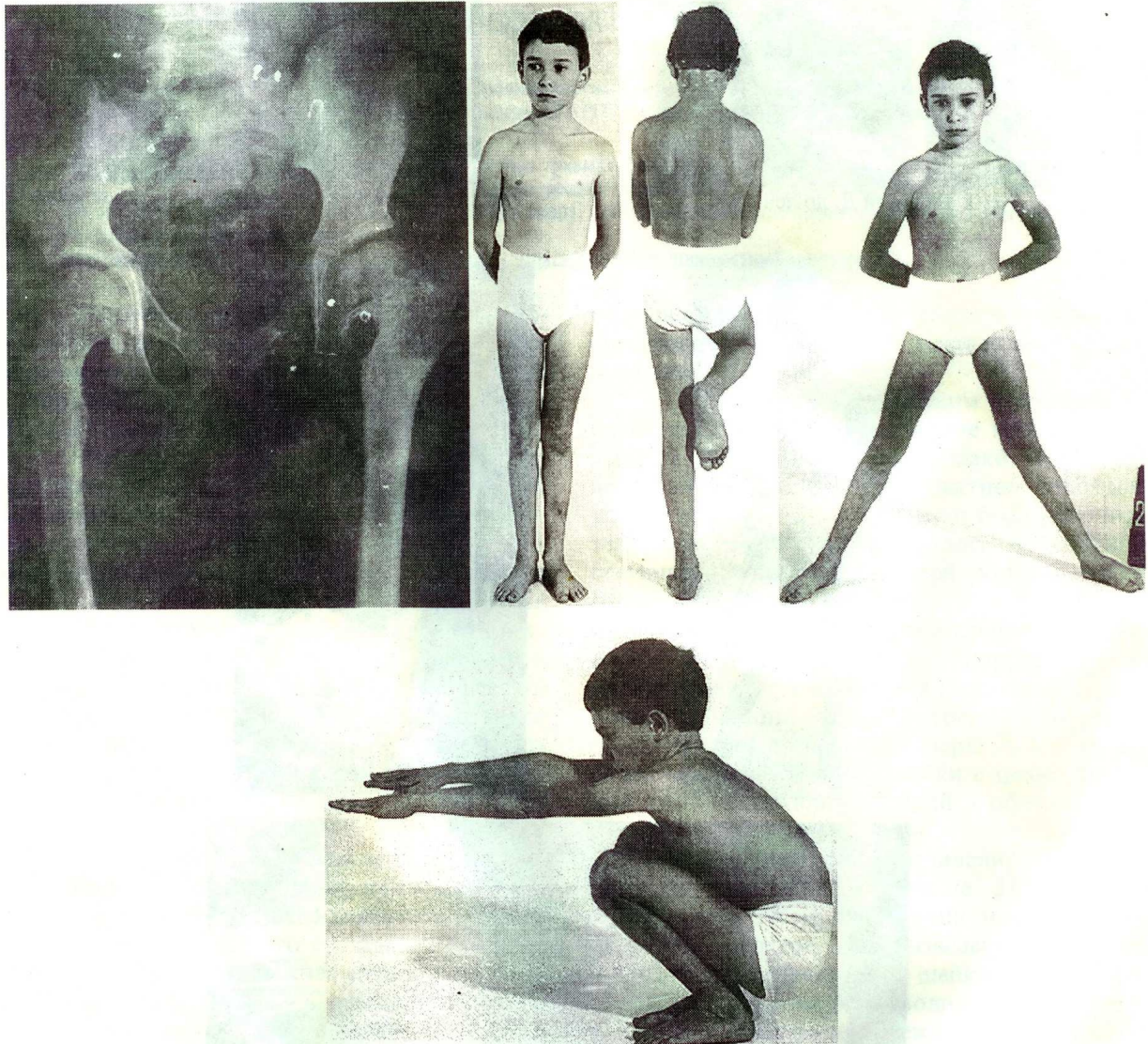


Рис.4. Рентгенограмма таза и клинический результат лечения больного Д. через 3 года после снятия аппарата Илизарова.

Рукопись поступила 26.10.95.