

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОПОРОСПОСОБНОСТИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ВРОЖДЁННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ

Х.А. ТИЛЯКОВ, Б.Т. ТИЛАКОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАТТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР ВА УСМИРЛАРДА СОННИНГ ТУГМА ЧИҚИШИНИ ЖАРОХЛИК УСУЛДА ТАЯНЧ ҚОБИЛИЯТИНИ ТИКЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Х.А. ТИЛЯКОВ, Б.Т. ТИЛАКОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

OUR EXPERIENCE IN RECOVERY SUPPORT AT CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP IN OLDER CHILDREN AND ADOLESCENTS

H.A. TILYAKOV, B.T. TILYAKOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Катта ёшдаги болалар ва усмирларда чаноқ сон бошчаси устида нештоқ ҳосил қилиш операция усуллари жеда кенг тарқалган бўлиб, чаноқ сон бугимининг диспластик патологияси ва таянч қобилиятини тиклашга қаратилган. Уш бу мақолада муалифлар томонидан ишлаб чиқилган оператив даволаш усули 11 та катта ёшдаги болалар ва усмирларда чаноқ сон бугимининг тугма чиқиши билан қулланилган. Келтирилган жароҳлик усулида даволаш варианты 7 ёшдан 18 ёшгача булган болаларда чаноқ сон бугимининг диспластик генези оқибатида қулланилиб, яхши натижаларга эришишни таъқид қилади.

Калим сўзлар: соннинг тугма чиқиши, тенотомия, дислокацион калталик.

Create a canopy above the head of the femur is distribute method of surgical treatment aimed at the restoration of supporting ability and the dysplastic hip joint pathology. This article describes a method developed by the authors of surgery 11 older children and adolescents with congenital hip dislocation. This option of surgery is an effective treatment for children aged 7 to 18 years in violation of the relations hip dysplastic genesis.

Keywords: congenital dislocation of the hip, tenotomy, dislocation shortening.

Введение. Врождённый вывих бедра является наиболее частым врождённым пороком развития опорно-двигательного аппарата у детей. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении врождённого вывиха бедра, и большое количество публикаций по этой теме, она представляет сложную задачу в современной ортопедии и остаётся актуальной для всех возрастных групп [1,2,3]. До сих пор остаются дискуссионными и разноречивыми мнения о показаниях, сроках и выборе способа оперативного лечения врождённого вывиха бедра [1].

Это свидетельствует о необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления опороспособности конечности, при врождённом вывихе бедра у детей старшего возраста и подростков.

Материал и методы исследования. В отделение взрослой ортопедии СВОШОШ «Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм», с 2011-2016 года находились на обследовании и лечении 11 пациентов, с врождённым вывихом бедра в возрасте от 7 до 18 лет. Среди исследуемых детей от 12 до 18 лет было 4 больных старшего возраста, от 7 до 12 лет составляли дети младшего возраста 1 пациентов, от 12 до 15 лет составили 3 подростков, 15-18 лет находились 2 юношей, (девочек было 6, мальчиков 4).

Нами был разработана вариант хирургического метода лечения, которая зависит от степени вывиха, тяжести анатомических изменений, а также состояния адаптационно-приспособительных механизмов сустава. При этом все обследованные нами больные распределялись на две группы.

Первую группу составляли 5 пациента с высоким вывихом бедра, III-IV степени наличием выраженной приводящей контрактуры, деформацией головки бедренной кости с признаками неартроза, с дислокационным укорочением конечности (более 4см).

Вторую группу составили дети и подростки 6 с подвывихом и супраацетабулярным вывихом бедра, I-II степени с укорочением конечности от 1го до 4см, с невыраженными вторичными изменениями тканей, окружающих тазобедренный сустав.

Из клинических признаков заслуживали внимания жалобы на боли (постепенно усиливающиеся с возрастом) и повышенная утомляемость, отмеченные у 4 больных. Хромата была наиболее выраженной у больных первой группы. У всех детей, особенно старшего возраста, определялось атрофия мягких тканей больной конечности. Разность в длине окружностей симметричных сегментов бедра обычно не превышала 1-3см, и лишь у отдельных детей достигало 4-5см; раз-

ность окружностей голени была менее выраженной, и составляло 1-2 см. У всех исследуемых наблюдался положительный симптом Дюшена-Тренделенбурга.

Нами было разработана, вариант хирургического вмешательства в основном предусматривает создании упора с целью вертикальной стабильности бедра при различных степенях вывиха.

Сущность операций заключается в создании, по разработанной авторами методике, протяженного навеса с учетом уровня дислокационной локализации головки бедренной кости, что дополнялось при необходимости корригирующей подвальной деторсионно-варизирующей остеотомией бедра, устранением дислокационного укорочения конечности, а так же тенотомия приводящих и пояснично-подвздошных мышц.

При высоких вывихах, т.е. у пациентов первой группы (надацетобулярный и илиакальный) вывихах оперативное вмешательство начиналось с низведением головки бедренной кости путем скелетного вытяжения у 3 больных и с помощью аппарата Илизарова, у 2 пациентов.

Техника операции. Больной на операционном столе укладывается на здоровый бок. Разрез кожи проводится от задней трети гребня подвздошной кости до передне-верхней ости, затем поворачивая книзу и кнаружи до основания большого вертела. Отступив на 0,5 см от гребня подвздошной кости, рассекают апоневроз и отделяют переднюю порцию средней и малой ягодичных мышц. Распатором поднадкостнично скелетируется передненаружная поверхность крыла подвздошной кости до места прикрепления капсулы сустава.

Приросшая капсула отделяется от крыла подвздошной кости, отделяется до уровня головки бедренной кости без вскрытия сустава.

Отступив примерно 0,5 см от места прикрепления суставной капсулы непосредственно над головкой бедренной кости в крыле подвздошной кости, долотом Корнева, формируется дугообразный паз, глубина которого доходит до внутреннего кортикального слоя.

Затем выкраивают три аутоотрансплантата трапециевидной, формы из наружного кортикального покрытия гребня, и крыла подвздошной кости ближе к ее заднее - верхней ости размером (3x4x0,5 см). Аутоотрансплантаты, кортикальным слоем обращенных к капсуле сустава черепицеобразно внедряют, в эллипсообразный расщеп, строго над головкой бедра, таким образом, чтобы аутоотрансплантаты полностью перекрывали отогнутый сегмент подвздошной кости, и головку бедра.

Прочность внедрения аутоотрансплантатов проверяют качательными движениями. При наличии неполноценной фиксации мы дополнительно

выкраиваем трансплантат из того же участка гребня подвздошной кости, который внедряется над трапециевидным аутоотрансплантатом в расщеп.

Затем формируются кортикально - губчатый аллотрансплантат в виде трехгранной пирамиды из мышечков большеберцовой кости, консервированным в слабом (0,05%) растворе формалина по методике Кулдашева. Д. Р., Лаврешева Г.И. и Торбенко В.П. (1982).

Основанию пирамиды придается форма соответственно выпуклой поверхности аутоотрансплантата, вершины пирамиды заостряются. Перед тем как устанавливать аллотрансплантат, на крыле подвздошной кости, соответственно длине грани пирамиды, над уровнем трапециевидного аутоотрансплантата формируется три зарубки. Узким долотом у края зарубки в пределах до 0,3 см отгибается кортикальная пластинка крыла подвздошной кости.

Пирамида аллотрансплантата заостренной длинной лопастью внедряется в сформированную зарубку. Грани пирамиды покрываются отогнутой кортикальной пластиной подвздошной кости. Основание пирамиды плотно устанавливается на губчатую поверхность трапециевидного аутоотрансплантата.

Такое расположения аллотрансплантатов создает достаточно прочный навес, покрывает опорную поверхность головки бедренной кости и предупреждает возможное смещения головки вверх и кзади.

При этом, один из аллотрансплантатов устанавливается над средним аутоотрансплантатом, а два других над боковыми.

Следует заметить, что у большинства (89,9%) наших пациентов из этой группы отмечена патологическая антиторсия более 40° и вальгусная деформация более 145°. При этом создание навеса над головкой бедренной кости дополнялась подвальной деторсионно-варизирующей остеотомией бедренной кости. Головка бедра центрировалась, фиксация костных фрагментов осуществлялось с помощью Г-образной пластиной нашей конструкции.

Отслоенные порции малой и средней ягодичной мышцы в натянутом состоянии подшиваются к гребню подвздошной кости. Фиксация конечности кокситной гипсовой повязкой с охватом верхней трети здорового бедра сроком на 8-9 недель. По истечению указанного срока гипсовая повязка снималась и после рентген-контроля начинали курс физио-функционального восстановительного лечения.

Через 10-12 недель после операции формирования протяженного навеса приступали ко второму этапу лечения - удлинению конечности.

У всех наших больных как уже отметили дислокационное укорочение от 4 см и более. Устранение укорочения конечности осуществлялось путем удлинения костей голени в аппарате Илизарова.

Результаты лечения. Результаты оперативных вмешательств, выполненных у 11 детей, старшего возраста и подростков прослежены в сроке от 1 до 5 лет. Возраст больных колебался от 7 до 18 лет в среднем 14 лет.

Более благоприятный результат получен у детей I – II степени вывиха бедра у 4 больных. У них объем операции заключался в создании навеса над вертлужной областью корригирующей детросионно – варизирующей остеотомии бедренной кости. При этом, учитывая медленное восстановление мышечной силы, а при наличии приводящей контрактуры мы проводили тенотомию приводящей и повздошно – поясничных мышц.

У детей при II – III степени вывиха, у 3 результат был хорошим, когда вся головка находилась над козырьком вертлужной впадины и у части из этих детей наблюдали признаки ложного свода впадины мы производили низведение головки дистракционным методом у 3 больных, скелетном вытяжении у 2 с последующим созданием навеса над головкой. После полного формирования навеса мы поэтапно устраняли дислокационное укорочение за счет голени с помощью аппарата Илизарова. У этих детей результат операции считался как удовлетворительным. При этом восстановилось опороспособность конечности равномерное распространение силы давления на головку со стабильностью навеса. У этих детей сохранилось укорочение конечности на 1 – 1,5 см, симптом Тренделенбурга был слабо положительный, хромота стало незаметной, трофика мышц сравнительно умеренно отставала от здоровой стороны.

При сравнении исходов операции у больных с разной локализацией вывиха выявлена следующая закономерность, чем ниже расположена головка бедренной кости, тем больше было хороших результатов. Удовлетворительный исход чаще всего отмечено при илеакальных вывихах, а неудовлетворительный с одинаковой частотой в каждой из групп.

Так, при интраацетобулярных подвывихах хороший результат получен у 3 (68,4%) больных от общего числа пациентов данной локализации, удовлетворительный у 1 (21,1%) больных, неудовлетворительный у 1 (10,5%) больных.

При надацетобулярных и илеакальных вывихах хороший результат от общего числа больных по данной локализации отмечен у 2 больных и у 3 пациентов удовлетворительный, а у 1 больных результат неудовлетворительный соответственно.

Заключение. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения в зависимости от локализации головки бедренной кости, степень ее покрытия и дистрофических поражений, а так же с учетом изменения параартикулярных образований и индивидуализирование, предусматривает этапную тактику хирургической коррекции врожденного вывиха бедра. Разработанное нами вмешательство по созданию навеса над головкой бедренной кости является сугубо паллиативным и сохраняет в себе преимущество всех внесуставных вмешательств, что позволяет получить вполне обнадеживающие результаты в более 70% больных.

Литература

1. Ахтямов И.Ф., Соколовский О.А. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава.- Казань, 2008.-С 370.
2. Камоско И.В., Камоско М.М., Григорьева И.В. Остеотомии таза в лечении диспластической патологии тазобедренного сустава// Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова.- 2010.-№1.-С 90-93.
3. Поздникин Ю.И., Камоско М.М., Краснов А.И. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза. Вест.травм.орт. им. Н.Н. Приорова 2007, №3 63стр.
4. Joeris A., Audige L., Ziebarth K. The locking compression pediatric hip plate: technical guide and critical analysis//International Orthopaedics.-2012.-№36.-P.2299-2306.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОПОРСПОСОБНОСТИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ВРОЖДЁННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ

Х.А. ТИЛЯКОВ, Б.Т. ТИЛАКОВ

Создание навеса над головкой бедренной кости является распространенным методом оперативного лечения направленных на восстановления опороспособности а также диспластической патологии тазобедренного сустава. В статье описан разработанный авторами способ оперативного вмешательства у 11 детей старшего возраста и подростков с врожденным вывихом бедра. Данный вариант хирургического вмешательства является эффективным методом лечения детей в возрасте от 7 до 18 лет с нарушением соотношений тазобедренном суставе диспластического генеза.

Ключевые слова: врожденный вывих бедра, тенотомия, дислокационная укорочения.