

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

**А. Ф. Краснов, К. А. Иванова, М. И. Бабкова, А. П. Чернов,
А. М. Савин, А. С. Наумов**

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР
проф. А. Ф. Краснов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова*

Реферат: Изложены результаты хирургического лечения больных с врожденным вывихом бедра. Наряду с паллиативными операциями применяли открытое вправление с ацетабулопластикой. В предоперационном периоде с целью низведения головки бедренной кости использовались несkeletalные методы вытяжения, при безуспешности которых у 50 больных применен компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова, одновременно им производили выравнивание длины конечностей. Отдаленные исходы прослежены у 90 больных.

Ключевые слова: врожденный вывих бедра, ацетабулопластика.

1 таблица.

В последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в ранней диагностике и лечении врожденного вывиха бедра и дисплазий тазобедренного сустава. Однако не всегда удается получить оптимальные результаты без оперативного вмешательства.

Наша клиника травматологии и ортопедии на протяжении 30 лет занимается лечением больных с врожденной патологией тазобедренного сустава. Это дало нам возможность проследить эволюцию методов хирургического лечения врожденного вывиха бедра и провести сравнительный анализ результатов лечения.

С 1947 по 1977 г. находилось на лечении 228 больных с врожденным вывихом бедра, которым было выполнено 354 операции на 292 суставах (см. табл.).

Виды оперативных вмешательств при врожденном вывихе бедра

Вид операции	Количество
Навес по Кенигу, Фруминой . . .	144
Открытое вправление бедра	118
в том числе:	
а) по Богданову	47
б) по Колонна в модификации с расслоением капсулы	54
в) с деторсионной подвертельной остеотомией по Лефлеру	36
Пластика крыши вертлужной впа- дины	22
Удлинение бедра дистракционным аппаратом Илизарова	20
Удлинение голени тем же способом	7
Низведение бедра аппаратом Или- зарова с последующим вправле- нием или пластикой вертлужной впадины	23
Частичная миотомия аддукторов . .	18
Операция Во-Лями	2
Всего операций	354

В настоящей работе дан анализ результатов хирургического лечения 119 больных с врожденным вывихом бедра подростковой и взрослой возрастных групп. Описание лечения остальных 109 пациентов (детского возраста) явится предметом другого сообщения.

В возрастной группе 13—20 лет было 50 лиц женского пола и 12 мужского. У 16 из них был двусторонний вывих бедер, в том числе у 7—II—III степени и у 9—IV степени.

Группу взрослых составили 49 женщин и 8 мужчин. У 45 больных этой группы был односторонний вывих бедра III степени, а у 12—двусторонний вывих IV степени.

До 1960 г. на лечение по поводу врожденного вывиха бедра поступали в основном подростки и взрослые. Одним из наиболее часто применявшихся тогда методов хирургической коррекции было формирование костных навесов над вывихнутой головкой бедренной кости по Кенигу-Вредену, Фруминой и в их различных модификациях.

С 1960 г. при лечении детей и подростков с врожденным вывихом бедра в клинике стали широко применять открытое вправление вывиха. Однако если у

детей эта операция стала методом выбора, то у подростков и взрослых она давала значительный процент неудовлетворительных результатов. Так, из 17 подростков у 4 в послеоперационном периоде развился асептический некроз головки бедренной кости. У одной больной с двусто-

ронным вывихом бедер образовался анкилоз в оперированных суставах с порочной установкой конечностей. Только дополнительным оперативным вмешательством удалось исправить ей оси конечностей и в некоторой степени улучшить статико-динамические функции.

При операции открытого вправления врожденного вывиха бедра, как правило, приходилось производить деротационную подверттельную остеотомию с частичной резекцией бедренной кости. У больных с односторонней патологией это приводило к укорочению одной конечности. Поэтому без дополнительных вмешательств операции открытого вправления врожденного вывиха бедра по методу Богданова и Колонна в последующем выполнялись только детям в возрасте 3—6 лет. Модификацией операции Колонна явилось расслоение капсулы тазобедренного сустава с иссечением наружных фиброзно измененных и утолщенных слоев капсулы для создания конгруэнтности и предупреждения релюксации. У больных более старшего возраста эти операции применялись при условии предварительного низведения бедра с помощью манжеты-лонгеты оригинальной конструкции или, в запущенных случаях, с использованием аппарата Илизарова. За последние 10 лет аппарат Илизарова был применен в комплексном лечении 50 больных с врожденным вывихом бедра в возрасте от 13 до 47 лет.

У 8 подростков с врожденным вывихом бедра II—III степени и удовлетворительно развитой суставной впадиной первым этапом осуществляли низведение головки бедренной кости до уровня суставной впадины. Затем через 2 недели производили открытое вправление бедра с последующей иммобилизацией посредством большой тазобедренной гипсовой повязки.

При одностороннем вывихе бедра II—III степени и недостаточно развитой суставной впадине после низведения вывихнутой головки бедра производили ацетабулопластику в аппарате Илизарова. Фиксация оперированной конечности аппаратом продолжалась 1—1,5 мес., затем накладывали гипсовую повязку сроком еще на 1—1,5 мес. Эта методика была применена у 15 больных.

При врожденном вывихе бедра III—IV степени у взрослых, как и прежде, выполняли операции формирования костных навесов по одному из принятых в клинике методов. Через год после этого производили коррекцию длины пораженной конечности с помощью дистракционных аппаратов. Сегмент удлинения выбирали с учетом пола, возраста больного и характера патологических изменений в конечности. Такое комбинированное лечение было применено в клинике у 27 больных.

Аппарат Илизарова для низведения головки бедра и удлинения конечности накладывали по общепринятой методике. Низведение вывихнутой головки производили начиная со 2—3-го дня по 0,5 мм 2—3 раза в сутки, удлинение сегмента конечности — с 3—4-го дня по 0,25 мм 4—6 раз в сутки.

Отдаленные исходы оперативного лечения больных с врожденным вывихом бедра на сроках до 30 лет изучены у 90 подростков и взрослых больных. Из 42 больных, которым была произведена наацетабулярная остеопластика с последующим удлинением конечности, у 29 достигнуты хорошие результаты, у 11 — удовлетворительные, и только у 2 они были неудовлетворительными.

Из 38 больных, которым были выполнены операции формирования костных навесов при двусторонней патологии суставов, у 12 результаты признаны хорошими, у 16 — удовлетворительными, а у 10 — неудовлетворительными.

У 2 больных, которым производилось открытое вправление по Богданову, результаты лечения оказались неудовлетворительными. Из 8 больных, оперированных по методу Колонна с предварительным низведением головки аппаратом Илизарова, у 4 получен хороший результат, у 2 — удовлетворительный и у 2 — неудовлетворительный.

ВЫВОДЫ

1. Реабилитация больных с врожденной патологией тазобедренного сустава остается чрезвычайно трудной проблемой. Пути к ее радикальному разрешению необходимо искать через совершенствование методов ранней диагностики и функционального лечения.

2. Открытое вправление врожденного вывиха бедра дает лучшие результаты у детей в возрасте до 6 лет.

3. При хирургическом лечении подростков и взрослых с врожденным вывихом бедра следует отдавать предпочтение операциям наацетабулярной остеопластики с предварительным низведением вывихнутого бедра. У больных с высоким вывихом и неразвитым тазобедренного сустава более целесообразным является формирование костных навесов с последующим удлинением конечности.

Поступила 14 марта 1978 г.