

Абдуев Б. Д. Консервативное лечение врожденной косолапости. Методическое письмо. Л., 1954.

Поступила 24 октября 1980 г.

УДК 616.728.2—089.881

МЕЖВЕРТЕЛЬНАЯ ОСТЕОТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ НАВЕСА ПО ГИРГОЛАВУ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Ст. научн. сотр. А. Л. Гиммельфарб, доктор мед. наук Д. Л. Акбердина

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР У. Я. Богданович)

Реферат. Описана техника межвертельной остеотомии при диспластическом коксартрозе в комбинации с формированием навеса из крыла подвздошной кости по Гирголаву. Обсуждаются общебиологические и биомеханические аспекты операции.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, оперативное лечение. 3 иллюстрации. Библиография: 6 названий.

Среди деформирующих артрозов тазобедренного сустава особое место занимают так называемые диспластические, происходящие от врожденного недоразвития костных элементов сустава, а также развивающиеся иногда после консервативного или оперативного вправления врожденных вывихов бедра. По данным различных исследователей, 30—40% всех коксартрозов — диспластические.

Дисплазия сустава, как правило, сопровождается подвывихом головки бедра или неполным ее покрытием крышей вертлужной впадины. Такое состояние расценивается как преартроз. Вследствие нарушенного соотношения суставных поверхностей головки и впадины давление на хрящевую поверхность распределяется неравномерно. На перегруженных участках происходит дегенерация и разволокнение хряща. Компенсаторно развивается субхондральный склероз, в губчатой костной ткани головки и впадины могут появляться дистрофические кистовидные образования. Щель сустава суживается, часто до контакта поверхностей, лишенных суставного хряща в местах максимальных нагрузок. Здесь же наиболее выражен и остеосклероз.

Вследствие развития рефлекторных болевых контрактур давление внутри сустава продолжает повышаться за счет мышечного компонента. Формируется порочный круг с прогрессированием нейротрофических и циркуляторных расстройств.

Для максимального возможного погружения головки бедра в суставную впадину Паувелс (1951) предложил варизирующую межвертельную остеотомию. Межвертельная остеотомия представляет собой мощный фактор, способствующий не только улучшению биомеханических взаимоотношений в суставе, но и устранению болевого синдрома, ликвидации нейротрофических и рефлекторно-сосудистых нарушений, приостановке или обратному развитию дегенеративно-дистрофического процесса. Следует, однако, подчеркнуть, что некоторые стороны положительного влияния межвертельных остеотомий и на сегодняшний день остаются неясными.

При диспластических коксартрозах с преимущественным недоразвитием вертлужной впадины последняя на рентгенограмме определяется плоской и резко скошенной. В таких случаях невозможно бывает улучшить конгруэнтность сустава путем изменения шеечно-диафизарного угла в расчете на погружение головки. Это приводит к необходимости производить дополнительные вмешательства на суставной впадине. Н. П. Новаченко (1958), М. Д. Михельман (1975) комбинируют операцию Паувелса с формированием различных навесов, Н. И. Кулиш и соавт. (1978), Рехлиг (1959) осуществляют варизацию шейки с одномоментной реконструкцией крыши вертлужной впадины. Известны случаи комбинации операции Паувелса с остеотомией таза по Хиари.

После формирования навеса из наружной кортикальной пластинки безыманной кости (типа Кенига) у взрослых трудно рассчитывать на хороший результат. Прочность такого навеса недостаточна, и на функциональное формирование его требуется очень длительное время. Пластика крыши впадины более приемлема для детей. Остеотомия таза по Хиари превращается в большое и травматичное вмешательство. Тем более целесообразно комбинировать эту операцию с межвертельной остеотомией.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных с диспластическими коксартрозами II стадий. У всех имело место недостаточное покрытие головки с подвывихом ее. Указанным больным произведена перемещающаяся межвертельная остеотомия бедра с компрессионной фиксацией фрагментов и формированием навеса по Гирголаву (1954). В необходимых случаях при межвертельной остеотомии производилось устранение порочного положения как за счет соответствующей установки костных фрагментов, так и за счет тенотомии.

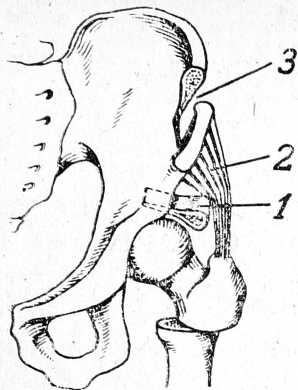


Рис. 1. Схема операции (1 — навес, 2 — пельвиотрохантерные мышцы, 3 — место взятия трансплантата).

При межвертельной остеотомии мы делали прямой латеральный разрез, начинающийся на 2—3 см выше вершины большого вертела и продолжающийся книзу на 18—20 см. После завершения остеотомии и ушивания нижних двух третей раны разрез расширяли дугообразно (изгибом кпереди) вверх до крыла подвздошной кости. Затем отсекаровали мышцы, покрывающие подвздошную кость, и отступали на 4—5 см кзади от передне-верхней ости брали из крыла трансплантат шириной 3—3,5 см и длиной 4—4,5 см. Такой трансплантат имеет выгодную форму, так как утолщенный край крыла подвздошной кости хорошо конфигурирует с головкой бедра. Тотчас над крышей вертлужной впадины широким долотом делали паз в тазовой кости, ширина которого соответствует ширине трансплантата. Направление паза следует выбирать с таким расчетом, чтобы латеральная часть навеса не была отклонена кверху. Перед введением трансплантата мягкие ткани, расположенные над головкой, необходимо тщательно раздвинуть. Между головкой бедра и навесом должна оставаться только капсула сустава. Схематически операция изображена на рис. 1.

После ушивания раны накладывают тазобедренную гипсовую повязку на 8—10 нед. Для профилактики гематомы оставляют дренаж на 48—72 ч, который удаляют через окно в гипсовой повязке. По снятии гипса больным назначают активно-пассивную гимнастику тазобедренного сустава с одновременными парафиновыми аппликациями на коленный сустав для более быстрого устранения акинематической иммобилизационной контрактуры.

Ходьба с помощью костылей и полной разгрузкой оперированной конечности предписывается в течение одного года. Этого времени бывает достаточно, чтобы навес прочно сросся с безмыленной костью и несколько перестроился. Дальнейшая его перестройка продолжается под воздействием дозированной возрастающей нагрузки.

Сроки наблюдения за больными превышают два года. У всех больных отмечен хороший функциональный результат.

Основное значение в снятии артротического болевого синдрома после вмешательства мы, как и многие другие авторы, придаем межвертельной остеотомии. Этому же компоненту операции принадлежит роль в приостановке прогрессирования процесса и нормализации вегетотрофических функций. А за счет сформированного навеса повышается устойчивость в суставе, что выражается в улучшении походки, отсутствии или меньшей выраженности, чем до операции, симптома Тренделенбурга.

Улучшение походки следует связывать не только с упором головки в навес при ходьбе, но и с безболезненностью сустава. Надо полагать, что существенное значение в улучшении походки и, главное, понижении степени выраженности симптома Тренделенбурга приобретает биомеханический фактор — повышение тонуса пельвиотрохантерной мускулатуры. При диспластическом коксартрозе с подвывихом головки понижается тонус средней и малой ягодичных мышц вследствие сближения точек их фиксации. Если вновь обратиться к рис. 1, можно убедиться, что навес служит блоком, через который перекидываются волокна указанных мышц. Благодаря этому улучшаются условия их функционирования.

В качестве иллюстрации приводим рентгенограммы больной К. до операции (рис. 2) и через 2 года после операции (рис. 3).



Рис. 2.

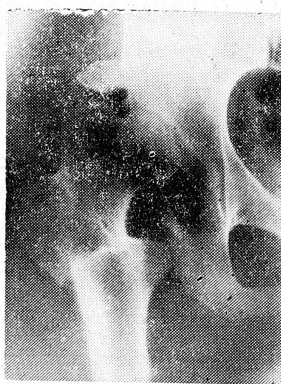


Рис. 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гирголав С. С. Вестн. хир., 1954, 7.—2. Кулиш Н. И., Моисеева К. Н., Мезенцева Р. М. В кн.: Мат. I съезда травм.-ортоп. Молдавской ССР. Кишинев, «Штиинца», 1978.—3. Михельман М. Д. Артрозы и их современное лечение. Ортопед. травматол., 1975, 7.—4. Новаченко Н. П. Там же, 1958, 5.—5. Pauwels F. Rev. chir. orthop., 1951, 37. 22.—6. Röhligh H. Beitr. Ges. Arbeitsber. Orthopädi., 1959, 6, 447.

Поступила 24 апреля 1980 г.