

**Ибрагимов С.Ю.,
Мурадов У.К.,
Саидмуродов С.Ж.,
Жураев И.Г.,
Кувватов Д.Х.**

**ТРОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ** Самаркандский
государственный медицинский институт
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии

Актуальность: Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава, проблема лечения остаточной дисплазии тазобедренного сустава остается одной из самых актуальных в детской ортопедии. 20-50% дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава возникают в результате остаточной дисплазии тазобедренного сустава. Коксартроз диспластического генеза составляет 60-80% от всех случаев коксартроза [4].

Изучение литературы показывает, что независимо от исходного состояния сустава, с увеличением возраста детей наблюдается увеличение неудовлетворительных и уменьшение положительных исходов. На сегодняшний день проблема хирургического лечения остаточных проявлений врожденных вывихов бедра у детей старшего возраста и подростков остается весьма актуальной.

По сложившейся традиции, ведущими методами хирургической коррекции нестабильности тазобедренного сустава у детей старшей возрастной группы и подростков стали вмешательства на проксимальном отделе бедренной кости, то есть его «подгонка» под диспластичную, неправильно ориентированную вертлужную впадину, тогда как в дальнейшем определяющим для «судьбы» сустава является состояние вертлужного компонента [2]. При диспластическом коксартрозе в 80% наблюдений ведущим компонентом дисплазии является тазовый, поэтому остеотомии бедренной кости не в состоянии восстановить нормальные биомеханические взаимоотношения в тазобедренном суставе [4]. Остеотомии таза должны отвечать следующим условиям: должна восстанавливаться конгруэнтность суставных поверхностей, головка бедра должна быть покрыта суставным гиалиновым хрящом, не должна нарушаться биомеханика тазобедренного сустава, не вызывать повышение внутрисуставного давления. Возможности реконструкции тазобедренного сустава существенно снижаются после синостозирования дна впадины, что происходит в 10-12 лет. В этих случаях требуется мобилизация всей ацетабулярной области, что невозможно без одновременного проведения надвертлужной, лонной и седалищной остеотомий. В подростковом и молодом возрасте транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза является наиболее обоснованной с клинической и биомеханической точки зрения [1]. Сложность задачи состоит в сформировавшихся в этом возрасте дефектах вертлужной впадины: утолщение дна, дефицит покрытия головки с уменьшением наклона впадины, нередко близкое к вертикальному расположение входа во впадину, нарушение сферичности, недостаточная глубина впадины, несоответствие её величины и формы головке бедра, начальные признаки деформирующего коксартроза [1].

Цель исследования. Изучение результатов

применения тройной остеотомии таза в лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

Материал и методы. Наше сообщение основано на анализе результатов лечения 10 больных (11 суставов), лечившихся по поводу остаточной дисплазии тазобедренного сустава в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм. Возраст больных составлял от 7 лет до 14 лет. Среди больных мальчиков было 4, девочек 6. Обследование больных проводилось с использованием клинического, рентгенологического и компьютерно-томографического метода с построением трехмерной модели тазобедренного сустава. Больным были проведены следующие оперативные вмешательства после предварительной подготовки. 6 больным выполнена тройная остеотомия таза по методике, предложенной Соколовским А.М. [3], одному больному тройная остеотомия дополнена мини-артротомией, еще у 3 больных выполнена тройная остеотомия таза в сочетании с подвертлужной корригирующей остеотомией бедренной кости. Тройная остеотомия таза по методике Соколовского А.М. производится из одного переднего доступа типа Смит-Петерсона. По ходу операции полностью рассекаются только две мышцы: m.sartorius и t.iliorsoas. Самый трудный этап операции это остеотомия седалищной кости. При остеотомии седалищной кости глубина раны возрастает, что затрудняет проведение остеотомии, на что указывает и сам автор. В случаях, когда шеечно-диафизарный угол больше MS^{15} , угол антеторсии больше чем $45-50^\circ$, изолированный вариант тройной остеотомии таза не в состоянии компенсировать изменения проксимального отдела бедренной кости [1]. В этих случаях приходилось комбинировать тройную остеотомию таза с подвертлужной остеотомией бедренной кости. В этих случаях для остеотомии седалищной кости использовали методику, предложенную Белокрыловым Н.М., то есть проходили между остеотомированными фрагментами бедренной кости, что намного улучшает обзор седалищной кости и делает этот этап операции более безопасным. Проведение остеотомии подвздошной и лонной костей без отслойки надкостницы позволяет значительно уменьшить кровопотерю и снижает травма-

точность операции. У больных, которым проведена тройная остеотомия таза с подвертельной корригирующей остеотомией таза после ротации ацетабулярного фрагмента между отломками подвздошной кости вводили аутоотрансплантат, взятый из подвертельной области для улучшения консолидации костных отломков. Применение принципов бережного

отношения к тканям, использование медицинского воска и рациональное применение кровоснабжающих элементов, отказ от отслойки надкостницы позволяют максимально уменьшить кровопотерю во время операции. Длительность операции составила от 1 часа 20 минут до 2 часов 50 минут. Конфликтов с нервами и кровеносными сосудами не наблюдалось.

Результаты: Так как эта методика применяется недавно и у нас сравнительно немногочисленный материал для исследования, оценка рентгенометрических результатов проведенных операций предварительная. Угол Виберга до операции в среднем был равен 12°, после операции составил в среднем 26°. Степень костного покрытия до операции составляла в среднем 0,72, после операции у всех больных

составила 1. Среднее значение угла вертикального соответствия до операции составила 71,5°, после операции составила 86°. При оценке объема движений в оперированных суставах после 6 месяцев наблюдения у всех больных восстановился объем движений, определенный до операции. Результаты оперативного лечения оценивались как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Отличные результаты лечения были получены у 7 больных. Хорошие результаты отмечены у 2 больных. Удовлетворительные результаты отмечены у одного больного.

Выводы: Результаты применения тройной остеотомии таза показывают высокие разрешающие способности тройной остеотомии таза при лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава. В случаях, когда наблюдаются большие изменения в проксимальном отделе бедренной кости целесообразно комбинировать тройную остеотомию таза с корригирующей остеотомией бедренной кости. Мы считаем целесообразным дальнейшее внедрение тройной остеотомии таза в хирургическом лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

Литература

1. Белокрылов Н.М., Полякова Н.В., Пекк Н.А., Сотин А.В., Скаковский А.С. Клинико-биомеханические аспекты реконструкции тазобедренного сустава с применением тройной остеотомии таза у детей // Медицинский альманах. - 2012. - №1. - стр. 153-156.
2. Камоско М.М., Баиндурашвили А.Г. Диспластический коксартроз у детей и подростков. Санкт-Петербург. 2010 г. -199с.
3. Соколовский О.А. Дисплазия тазобедренного сустава у подростков. Минск. 2003г. -104с.
4. Соколовский О.А., Минаковский И.З., Соколовский А.М. Тройная остеотомия таза при дисплазии у взрослых. Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. -Минск. -2008. -стр.133-134.

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА

**Ибрагимов С.Ю.,
Мурадов У.К.,
Нуржанов Б.Б.**

НАДКОЛЕННИКА

Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45% - 1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (2, 5, 8).

Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение врожденных изменений, стоящих причиной вывихов надколенника.

По данным М.В. Волкова, при врожденном вывихе надколенника возникает не только патология мышечков бедра и неправильное положение коленной чашки, но и порок развития мышц, окружающих коленный сустав. На этом основании М.В. Волков считает, что нарушения в периоде эмбриогенеза связаны с пороком развития всех тканей бедра, в первую очередь с его нервно-мышечным аппаратом (6).

Различают врожденный вывих надколенника полный и неполный. М.В. Волков по тяжести порока развития разделяет на 3 степени: легкая, средняя и тяжелая степень смещения.

Общепризнано, что радикальным методом

лечения рассматриваемой патологии является оперативный. В настоящее время для этого предложено более 150 хирургических методов лечения (9).

Обилие предложенных оперативных методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе, который проявляли ортопеды к этой своеобразной аномалии развития (3).

Оперативные вмешательства могут быть принципиально разделены на операции на мягких тканях, на суставной сумке и на костях, а также корригирующие проксимальный и дистальный отделы разгибательного аппарата коленного сустава, и операции на самом надколеннике (1,7, 10,11).

Любой метод оперативного лечения врожденного вывиха надколенника должен предусматривать: хорошую мобилизацию прямой мышцы бедра вместе с надколенником и их перемещение к средней линии с устойчивым укреплением. Однако не при всех методах в