

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Олиниченко Г.Д., Олиниченко М.Г., Гурьев В.М., Довгий И.Ю.

КЗ «Севастопольская городская больница №9», Украина

Введение. Диспластический коксартроз относится к одной из тяжелейших проблем ортопедии. При данной патологии, сформированной при рождении, претерпевают значительные изменения проксимальный отдел бедра и вертлужная впадина. Одним из методов операций является эндопротезирование тазобедренного сустава. В большей степени проблемы при эндопротезировании представляет пластика вертлужной впадины. Затруднения связаны с дефицитом костной массы для покрытия чашки эндопротеза. В связи с этим выполняется эндопротезирование специальными чашками или производится пластика дефектов аутокостью или аутогенными. Методом выбора для лечения диспластического коксартроза являются всевозможные реконструктивные операции: коррегирующая остеотомия с артропластикой, остеотомии таза. После реконструктивных операций прогрессирование коксартроза замедляется, что дает отсрочку больным по выполнению эндопротезирования. На сегодняшний день существующие современные системы эндопротезов имеют так же ограниченный срок эксплуатации, что требует в дальнейшем замены сустава. Поэтому перспективно все-таки рассматривается вопрос о возможности в начале у молодых больных производить реконструктивные операции и попытаться создать избыток костной массы в области крыши вертлужной впадины, в последующем производить эндопротезирование тазобедренного сустава.

Материалы и методы. С 1994 по 1997 год в ортопедическом отделении Севастопольской городской больницы №9 было прооперировано 7 женщин в возрасте от 32 до 35 лет (средний возраст $33,4 \pm 1,1$) с диспластическим коксартрозом III-IV степени по Stowe. Больным было выполнена односторонняя операция - артропластика тазобедренного сустава по Н.И. Кулишу в сочетании с остеотомией таза по Хиари. Все женщины до операции рожали по 1-2 ребенка. На момент операции больным было показано эндопротезирование тазобедренного сустава с пластикой надвертлужной области.

Результаты. У всех пациенток восстановилась опороспособность конечности к 6-9 месяцам. У всех пациенток отмечалось значительное снижение боли. Ограничение движений в оперированном тазобедренном суставе незначительное. В настоящее время больным произведена операция по эндопротезированию тазобедренного сустава. Показанием для повторной операции являлись нарастания боли и ограничения движений с нарушением опороспособности конечности, т.е. прогрессирование коксартроза. Сроки выполнения операций составили: 1 больная через 10 лет, 2 больные через 12 лет, 3 больных в 14-15 лет и 1 больная через 17 лет – после выполненной реконструктивной операции. Этим больным при эндопротезировании не выполнялась реконструкция надвертлужной впадины. До настоящего времени больным не производилась ревизионное эндопротезирование.

Заключение. Молодым пациентам с диспластическим коксартрозом даже III-IV степени возможно выполнение реконструктивной операции на тазобедренном суставе, как первый этап перед эндопротезированием. При выполнении реконструктивной операции необходимо решать вопрос с реконструкцией надвертлужной области для того, чтобы облегчить условия эндопротезирования.