

УДК 616.728.2 002.4 612.76

Г.Д. Олиниченко, зав. отделением артрологии,**М.Г. Олиниченко, студент***КЗ «Севастопольская городская больница №9»**ул. Мира, 5; г. Севастополь, Украина, 99018**E-mail: gena.mom@mail.ru***В.В. Волков, аспирант,****А.В. Коваленко, аспирант***Севастопольский национальный технический университет**ул. Университетская 33, г. Севастополь, Украина, 99053**E-mail: victorius86@bk.ru*

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В работе описывается усовершенствованный способ лечения асептического некроза головки бедренной кости на ранних стадиях, для реализации которого был разработан специальный инструмент. Приводятся результаты реализации этого способа.

Ключевые слова: асептический некроз головки бедренной кости, хирургическое лечение, фенестрирующая остеотомия проксимального отдела бедренной кости, очаг некроза, электронно-оптический преобразователь.

Асептический некроз головки бедренной кости (далее – АНГБК) – тяжелая патология, составляет до 4 % от всех ортопедических больных. Социальная значимость данного заболевания заключается в том, что 80 % больных имеют возраст от 20 до 50 лет, а инвалидность при АНГБК достигает 12 %. В последнее время показатели только ухудшаются. Особенностью данной патологии является тяжесть течения, постоянное и быстрое прогрессирование [1, 2]. При АНГБК первоначальные изменения возникают в костной ткани головки бедренной кости, а хрящевой покров повреждается вторично. После исхода в коксартроз в настоящее время для лечения данной патологии используется эндопротезирование различными системами и способами фиксации.

На ранних стадиях возможно использование различных методик реконструктивных операций. Возможности реконструктивных операций в последние годы повысились с повсеместным распространением диагностики с применением оборудования для магнитно-резонансной томографии (МРТ). С учетом развития заболевания на ранних стадиях привлекательными представляются методики внесуставных реконструктивных операций, направленных на восстановление структуры головки до периода разрушения хряща и собственно сустава [4].

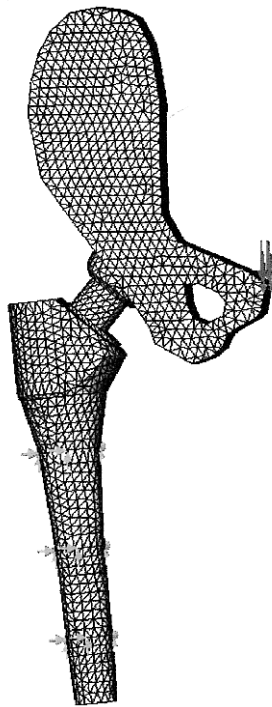


Рисунок 1 – Объемная модель проксимального отдела бедра

В ранее выполненных работах по определению напряженно-деформированного состояния (НДС) на объемной модели проксимального отдела бедра методом конечных элементов (рисунок 1), в зависимости от диаметра и уровня туннеля в проксимальном отделе бедренной кости, был определен оптимальный диаметр и ориентация туннеля в проксимальном отделе бедренной кости в очаге клинического некроза – 12 мм и верхне-наружная зона. После пластики очага некроза аутокостью канал заполняется керамическими трансплантатами шаровидной формы. Все это способствует сохранению механической прочности проксимального отдела бедренной кости и ранней реабилитации больных [3, 5, 6]. Для осуществления способа лечения АНГБК сотрудниками кафедры технической механики и машиноведения СевНТУ был разработан специальный инструмент [7].

С применением усовершенствованного способа лечения АНГБК было прооперировано 32 пациента (из них мужчин было 21, женщин – 11). Средний возраст составил $43 \pm 5,7$ года. Операция осуществляется передне-наружным доступом. Латеральная мышца бедра Y-образно рассекается у основания большого вертела. Из вертельной зоны под контролем электронно-оптического преобразователя «Мультимобиль – 5С» («Seimens») проводится направляющая спица в очаг некроза. По направляющей спице

спеціальним полым сверлом діаметром 12 мм формується заходний костний канал глибиною до 30-40 мм. Після цього спица спица. Затем полым сверлом производится фенестрирующая остеотомия проксимального отдела бедра діаметром 12 мм по верхнему краю шейки в очаг некроза, после чего костный керн удаляется. Некротизированная часть керна иссекается. По каналу удаляются некротические ткани очага. Костный керн ротируется на 180° и выполняется пластика очага некроза. Костный канал заполняется трансплантатами из гидроксиапатитной керамики шаровидной формы от 3-х до 5-ти мм; заполняется плотно, но так, чтобы было пространство для прорастания костной ткани. Рана послойно ушивается и иммобилизации не требуется. Нагрузка на оперированную конечность начинается с 3 – 4-х месяцев.

В итоге у 29 из 32 оперированных больных с I и II стадией АНГБК были получены положительные результаты. У одного пациента с 1-й стадией АНГБК наблюдалось осложнение. Из-за несоблюдения рекомендаций и ранней нагрузки на оперированную конечность, развилась деформация головки бедренной кости. Сразу после этого рецидивировал болевой синдром. В сроки до 3-х лет после операции осмотрено 10 пациентов со 2-й стадией АНГБК. У 8 из них сохранялось достигнутое в результате операции улучшение конгруэнтности в суставе, отмечена полная перестройка очага некроза. Жалоб практически нет, конечность опорна, уровень подвижности в суставе идентичен дооперационному, что соответствует хорошему результату. У 2-х больных, оперированных при наличии 2-й стадии АНГБК, противоболевой эффект операции сохранялся в течение 1,5-2-х лет. Затем боль возникла, но ее интенсивность не достигала дооперационного уровня. У 2-х пациентов со 2-3-й стадией АНГБК наступило прогрессирование заболевания, и поэтому им выполнено эндопротезирование сустава.

Выводы

1. Разработанный способ выполнения фенестрирующей остеотомии проксимального отдела бедренной кости при АНГБК под контролем ЭОПа позволяет более точно выполнять костный канал в очаг некроза. Этому способствует специальный инструмент, разработанный для проведения операции.
2. Выполненные по данной методике операции достигают хороших результатов в 85 % случаев.

Бibliографический список

1. Динулеску И. Современные методы диагностики и лечения аваскулярного некроза головки бедра / И. Динулеску, М. Джиурия, А. Бадила // Травмат. и ортопед. России. — 2002. — № 1. — С. 31–36.
2. Реконструктивно-восстановительная хирургия тазобедренного сустава/ Н.И. Кулиш, В.Т. Михайлев, В.А. Танькут, В.А. Филиппенко. — Львов: Світ, 1990. — 136 с.
3. Мителева З.М. Исследование напряженно-деформированного состояния проксимального конца бедренной кости методом конечных элементов / З.М. Мителева, В.П. Сухинин, Г.М. Меллярович // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1984. — № 2. — С. 16–19.
4. Михайлова Н.М. Идеопатический асептический некроз головки бедренной кости у взрослых / Н.М. Михайлова, М.И. Малова. — М.: Медицина, 1982. — 136 с.
5. Олиниченко Г.Д. Влияние ориентации туннеля в шейке бедренной кости на напряженно-деформируемое состояние ее головки и шейки при асептическом некрозе / Г.Д. Олиниченко // Медицина. — 2006. — № 3. — С. 19–4.
6. Олиниченко Г.Д. Обоснование хирургического лечения асептического некроза головки бедренной кости на ранних стадиях / Г.Д. Олиниченко // Літопис травматології та ортопедії. — 2009. — № 1–2. — С. 14–20.
7. Способ лечения асептического некроза головки бедренной кости и устройства для его осуществления/ М.Г. Олиниченко, В.В. Волков, А.В. Коваленко, Г.В. Попов, Е.В. Удодов // Теоретические и практические аспекты современной медицины: матер. междунар. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Симферополь, 2008 г. — Симферополь, 2008. — С. 14.

Поступила в редакцію 2.06.2010 г.