

ФГБУ НИДООИ им.Г.И.Турнера
Умнов Д.В.

Тройная остеотомия таза у детей с ДЦП –
возможности коррекции и особенности
выполнения

Частота развития подвывиха и вывиха бедра у больных ДЦП составляет до 75% в зависимости от тяжести неврологического поражения и степени выраженности двигательного дефицита.

Прогрессирование нестабильности тазобедренных суставов при неустранённых контрактурах

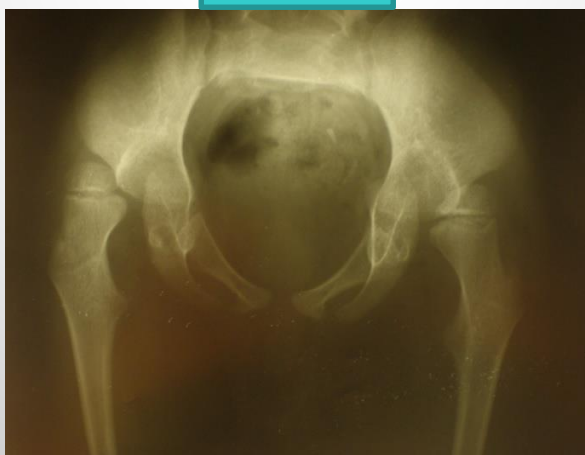


4 года

7 лет



5 лет



АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Рентгенограмма ТБС больного 6 лет – двухсторонний подвывих, деформация впадины врожденного генеза.



Рентгенограмма ТБС больного 4 лет – двухсторонний подвывих бёдер – удовлетворительная форма впадины.



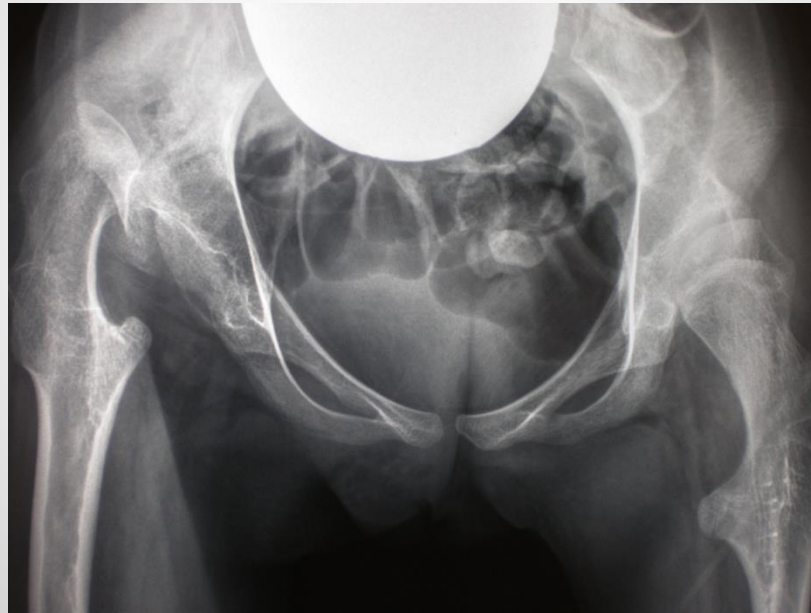
**Рентгенограмма и артрограммы ТБС больного 4 лет –
двухсторонний подвывих, хорошо развита хрящевая
модель впадины**



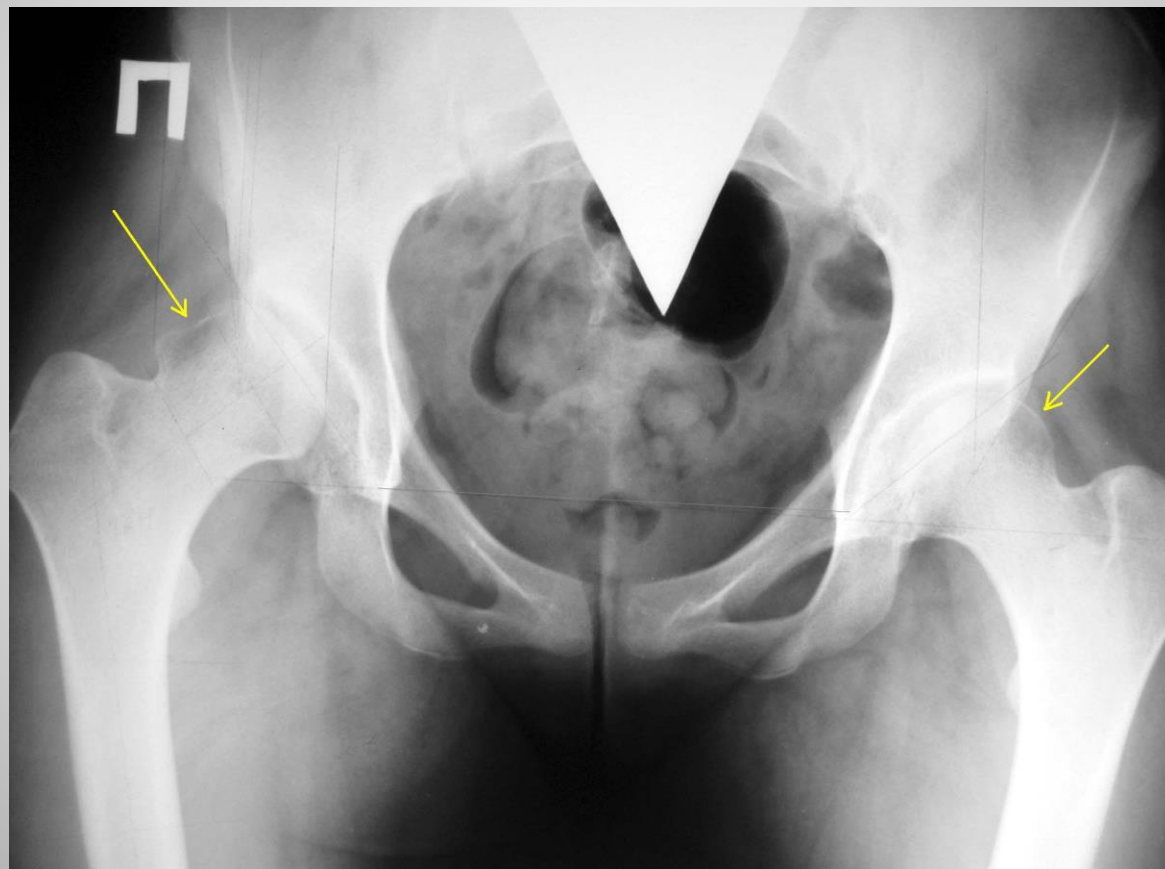
**Рентгенограмма и артрограмма ТБС больного 7 лет –
двухсторонний подвывих – начальная (слева) и
выраженная (справа) степень деформации хрящевой
модели впадины**



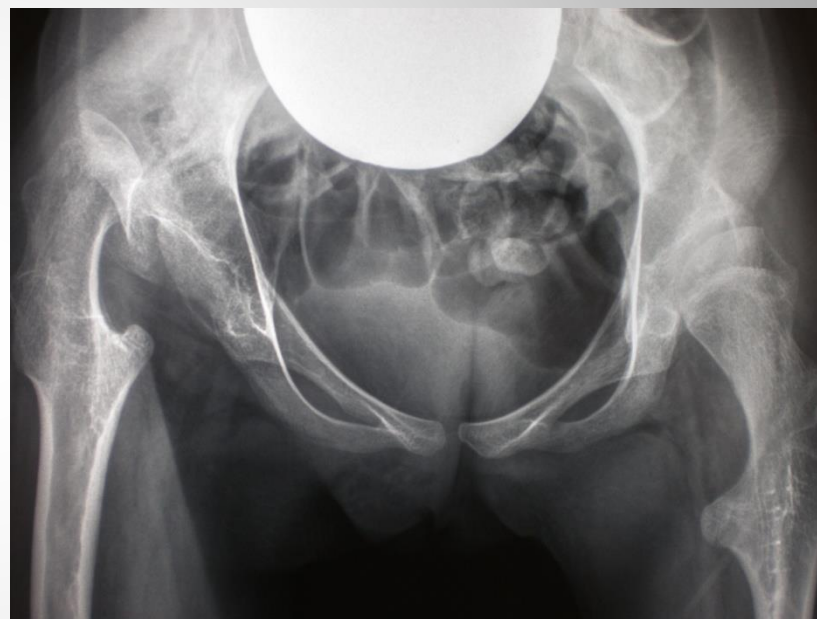
Рентгенограмма ТБС больного 15 лет – грубая деформация впадины



Рентгенограмма ТБС больной 13 лет – подвывих правого бедра, дефект в наружном отделе головки и зона остеопороза в наружном отделе головки бедра слева.



Р-мы ТБС б-х с вывихом головки и значительных размеров дефектом в наружном отделе.



ЛЕЧЕНИЕ

**Рентгенограммы ТБС больного 7 лет – подвывих
правого бедра – транспозиция вертлужной впадины
после остеотомии таза по Солтеру, КОБ,
аддукторотомия**



Рентгенограммы ТБС больной 15 лет – вывих правого бедра – транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза, КОБ, аддукторотомия.



Материалы исследования

- Операций «тройной остеотомии» 168
- Возраст 7 – 16 лет
- Вывих 56
- Подвывих 112
- Передвигались: самостоятельно 13%
- с приспособлениями 26%
- Не передвигались 61%
- Нормальный интеллект 67%
- Задержка развития интеллекта. 33%

Особенности выполнения тройной остеотомии таза у больных ДЦП:

- 1. Максимальная мобилизация и смещение фрагментов таза

Рентгенограммы ТБС больного 15 лет – подвывих правого бедра, дефект наружного отдела головки – транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза, КОБ – дефект вне нагрузки.

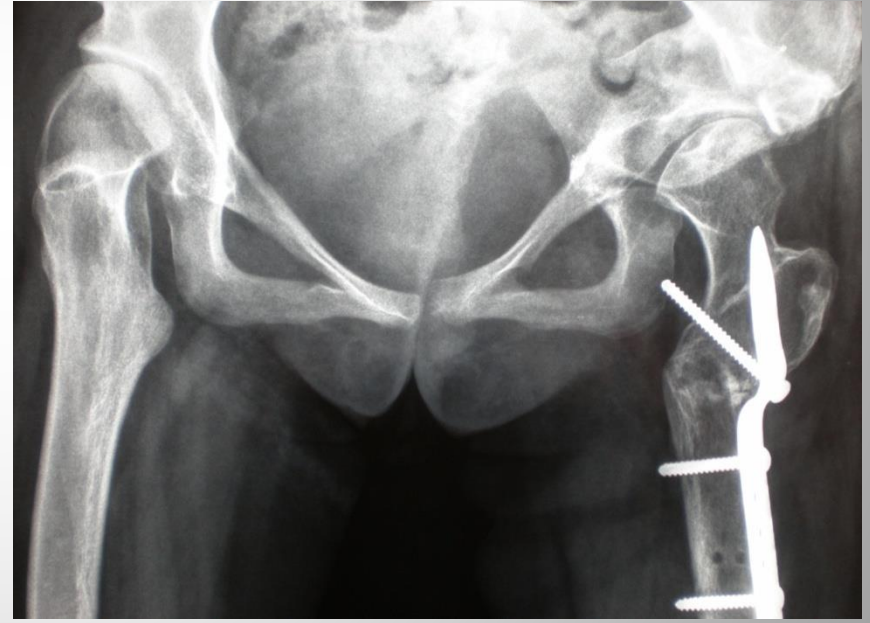
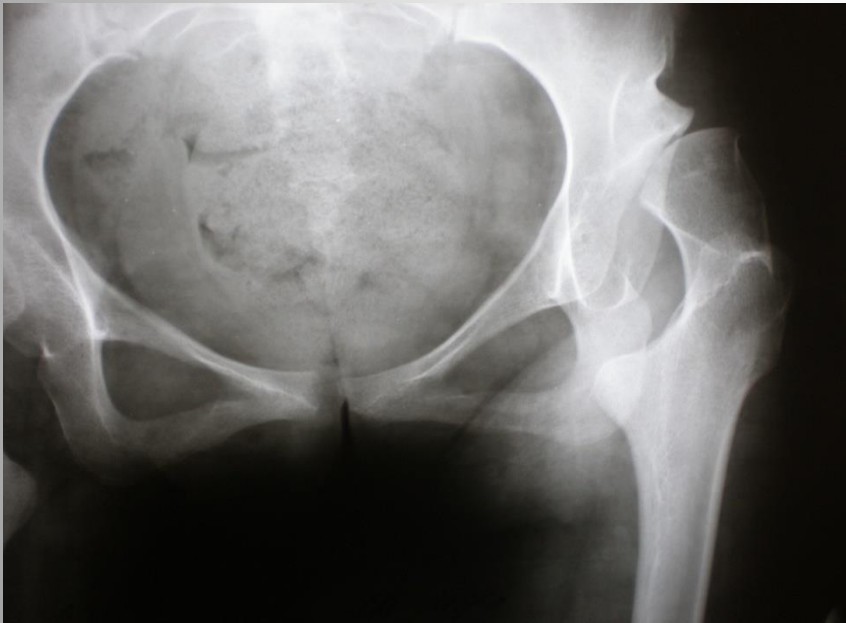


- 2. Наличие выраженного остеопороза является дополнительным показанием для выполнения «тройной остеотомии таза»
- 3. Устранение сгибательно-приводящей контрактуры сустава.
- Резкое истончение крыла подвздошной кости, что затрудняет фиксацию фрагментов таза.

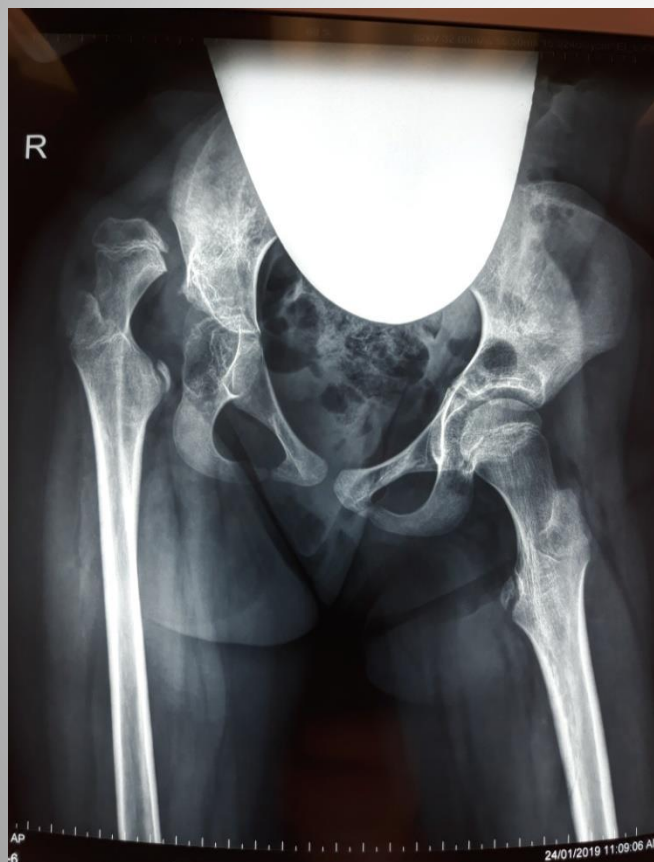
РЕЗУЛЬТАТЫ:

- Достигнута опороспособность конечности за счёт:
 - 1. Стабилизации всех т/б суставов;
 - 2. Ликвидации болевого синдрома;
 - 3. Устранения контрактур;
- Средняя степень коррекции положения впадины составила
31°

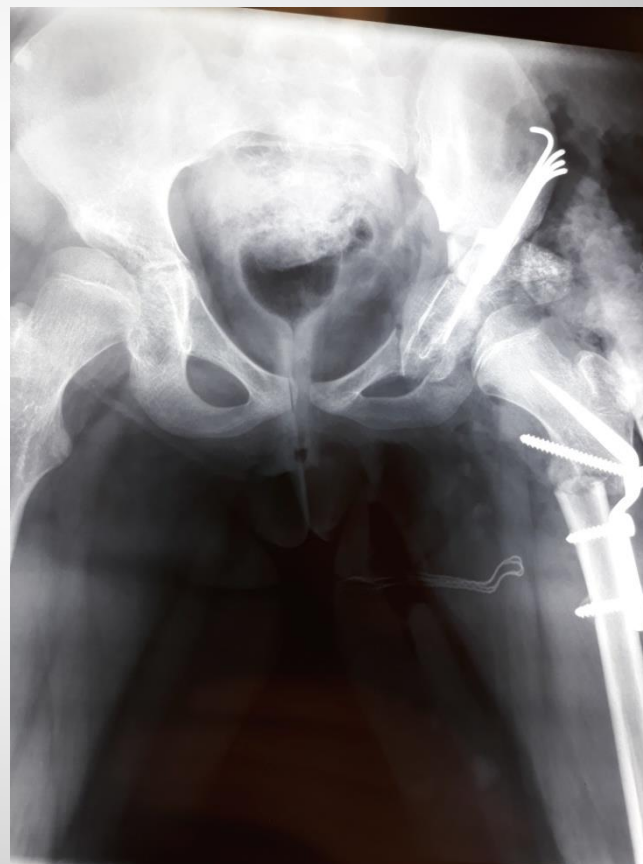
Рентгенограммы ТБС больной 14 лет – подвывих левого бедра, дефект наружного отдела головки бедренной кости – транспозиция вертлужной впадины после тройной остеотомии таза, КОБ – ШДУ=180° - дефект вне нагрузки



Реконструкция сустава при вывихе

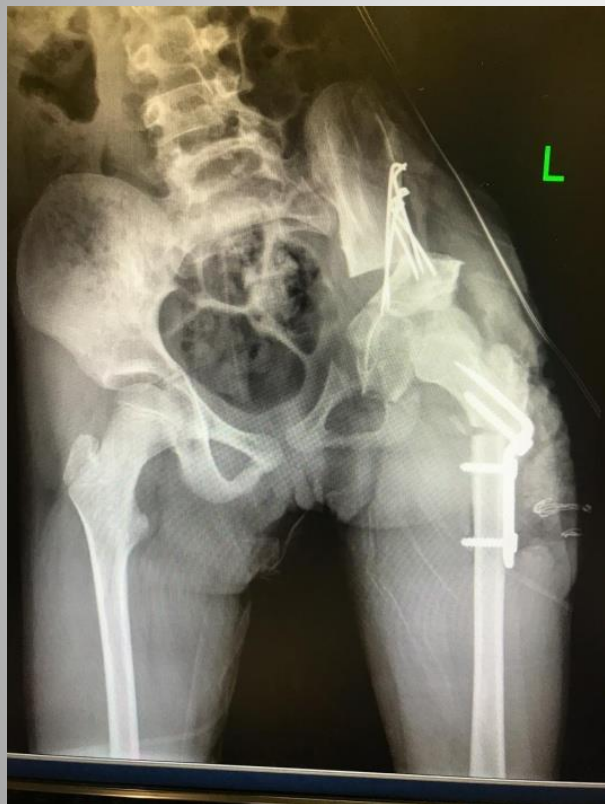


Реконструкция сустава при подвывихе

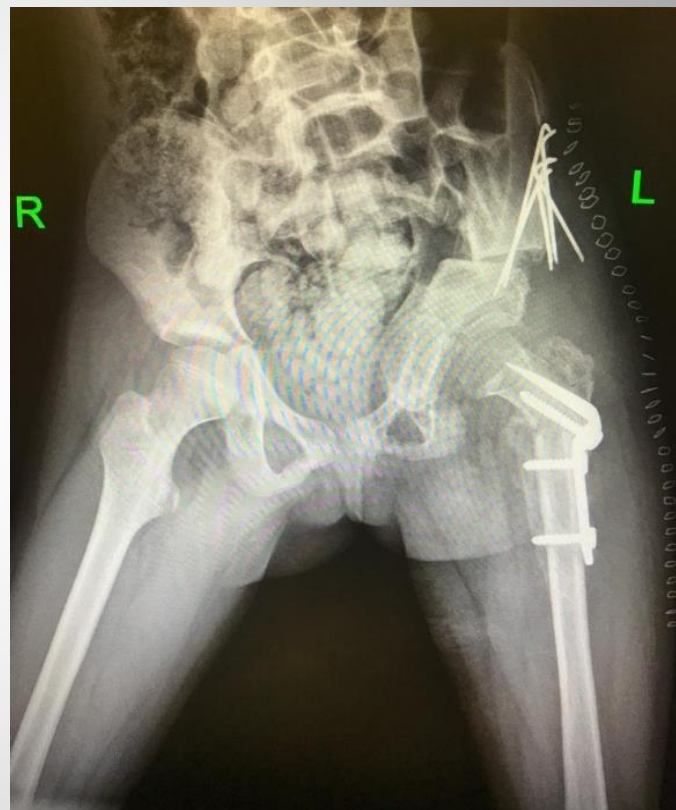


ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнение – смещение фрагментов таза - 4

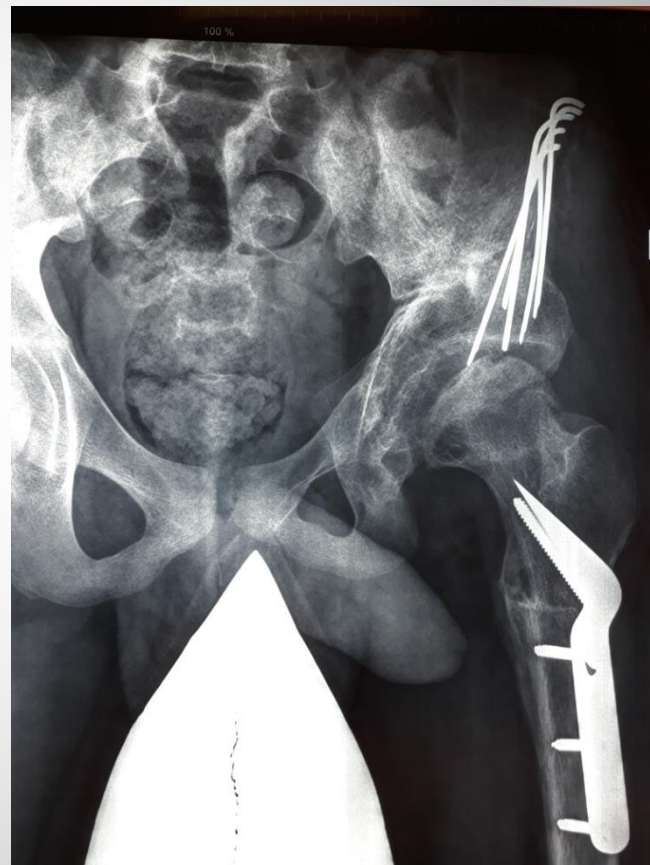


Во время операции



Через 8 недель

Осложнение – асептический некроз головки - 5



ВЫВОДЫ:

- 1. Показанием к выполнению «тройной» остеотомии таза является наличие подвывиха и вывиха бедра при угле Шарпа более 50° у потенциально способного к передвижению или устойчивому сидению пациента с ДЦП в возрасте старше 7 лет с удовлетворительным или несущественно сниженным уровнем интеллекта.
- 2. Основными особенностями выполнения операции являются необходимость одновременного устранения контрактур, максимальной мобилизации и смещения тазового фрагмента, а также принятие решений с учётом наличия характерного для данной группы пациентов выраженного остеопороза и дефекта в наружном отделе головки бедренной кости.

- 3. Применение «тройной» остеотомии таза для стабилизации тазобедренного сустава у больных ДЦП позволяет успешно коррегировать положение впадины даже при наиболее выраженной степени её деформации. Большинство осложнений являются компенсаторной реакцией на дооперационную инконгруэнтность сустава, и успешно исправляются в дальнейшем хирургическим путём.
- 4. «Тройную остеотомию таза» у больных ДЦП можно рассматривать как подготовительный этап для значительного облегчения установки в будущем чашки эндопротеза.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!