

МЕТОД ТИМЧАСОВОГО БЛОКУВАННЯ НАРОСТКОВИХ ЗОН У ЛІКУВАННІ КУТОВИХ ЕПІМЕТАФІЗАРНИХ ДЕФОРМАЦІЙ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У ДІТЕЙ.

Хмизов С.О., Єршов Д.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ», м. Харків.

Внаслідок дії різних патологічних чинників екзо- або ендогенного характеру можливий розвиток патологічних кутових епіметафізарних деформацій колінного суглобу (КЕДКС) у дітей. Серед найбільш розповсюджених КЕДКС у дітей слід виділити деформації, що локалізуються у фронтальній (*genu varum/genu valgum*) площині. Внаслідок розвитку вказаних патологічних КЕДКС, відбуваються порушення біомеханічних умов функціонування суглобу, що веде до прогресування деформації та раннього розвитку дегенеративно-дистрофічних змін у колінному та прилеглих суглобах нижньої кінцівки. Дотепер провідним методом хірургічного лікування КЕДКС залишається корекція деформації шляхом виконання остеотомії із наступною фіксацією кісткових фрагментів різними типами металофіксаторів (АЗФ, пластини та ін.). Новим перспективним напрямком у лікуванні КЕДКС є запропонований Р.М. Stevens (2007) метод тимчасового блокування наросткових зон за допомогою пластини із гвинтами.

Мета роботи: проаналізувати результати використання методу тимчасового блокування наросткових зон кісток при лікуванні кутових фронтальних деформацій колінного суглобу у дітей.

Матеріали та методи. У клініці патології хребта та суглобів дитячого віку Інституту ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ у період із 2010 р по 2012 р знаходились на лікуванні 11 пацієнтів із КЕДКС. Серед пацієнтів 8 хлопчиків, та 3 дівчинки. Середній вік пацієнтів склав 11 років 9 міс. Середній період спостереження - 18 міс. У 7 пацієнтів встановлений діагноз хвороба Блаунта, у 2-х – ідіопатична вальгусна деформація колінного суглобу, ще у 2-х – диспластична вальгусна деформація колінного суглобу. Всім пацієнтам проведені клінічні та рентгенологічні дослідження. Визначення кутових параметрів орієнтації суглобових поверхонь довгих кісток проводили за методикою D. Paley. За даними проведених досліджень визначали наступні показники: TFA – кут між анатомічною віссю стегнової та великогомілкової кістки (норма: до 10°); LDFA – латеральний кут нахилу суглобової поверхні дистального відділу стегнової кістки (норма: 87°-90°); МРТА-медиальний кут нахилу суглобової поверхні проксимального відділу великогомілкової кістки (норма: 87°- 90°); MAD – відхилення механічної вісі нижньої кінцівки від центру колінного суглобу (норма: ± 5 мм). Показаннями для хірургічного лікування КЕДКС були відхилення вищезазначених показників від меж фізіологічної норми (із урахуванням допустимих варіацій). Пацієнтам досліджуваної групи виконано хірургічне втручання на 15 нижніх кінцівках (18 сегментів), що включало блокування наросткових зон відповідних кісток пластиною та гвинтами. Установлення металофіксатора проводилось таким чином, що один гвинт вводився в епіфіз, а інший - у метафаз відповідної кістки, не пошкоджуючи наросткової зони. Контроль розміщення металофіксатору виконували за допомогою ЕОПа. У післяопераційному періоді пацієнтам дозволяли раннє навантаження на кінцівку. Контроль за динамікою корекції деформації здійснювався 1 раз у 3 місяці за допомогою клінічного та рентгенологічного обстеження.

Результати. У 7 пацієнтів за період 12-15 місяців досягнута повна корекція КЕДКС, після чого проведене видалення металофіксатору. Ще 4 пацієнта продовжують лікування. Середній темп корекції деформації склав 0,8° у міс. У 1 пацієнта на протязі 13 місяців корекції деформації не спостерігається. Ми пов'язуємо це із відсутністю активного росту пацієнта на протязі зазначеного періоду спостереження. Ускладнень хірургічного лікування виявлено не було. Слід зауважити, що корекція деформацій відбулася у процесі нормального росту дитини, без виконання остеотомії. Планується проведення

довгострокового спостереження за цією групою пацієнтів для визначення частоти рецидивів деформації після проведеного лікування.

Висновки. Результати дослідження свідчать про ефективність та безпечність використання методу тимчасового блокування наросткових зон при лікуванні кутових епіметафізарних деформацій колінного суглобу.

Реферат. У роботі наведені перші результати використання методу тимчасового блокування наросткових зон із використанням пластини та 2-х гвинтів для лікування кутових епіметафізарних деформацій колінного суглобу у дітей. У досліджувану групу увійшли 11 пацієнтів (15 нижніх кінцівок - 18 сегментів). Середній вік пацієнтів - 11 років 9 міс. Усім пацієнтам виконано тимчасове блокування наросткової зони із використанням пластини із 2-ма гвинтами. Повна корекція деформації відмічена у 7 пацієнтів, ще 4 пацієнта продовжують лікування. Середній темп корекції деформації склав $0,8^\circ$ за міс. Ускладнень в процесі лікування не виявлено. Результати лікування свідчать про безпечність та ефективність використання малоінвазивного методу тимчасового блокування наросткових зон для корекції деформацій нижніх кінцівок.

Abstract. The article provides the short-term outcomes of guided growth method for the treatment of angular lower limb deformities on 11 patients (15 legs – 18 segments). The average age of patients was 11 years 9 months. Temporary hemiepiphysodesis using flexible two-hole plate and screws were performed in all cases. Complete correction was achieved in 7 patients, 4 patients continue their treatment. The average rate of correction was 0.8° per month. There were no complications in this series. Our results suggest that temporary hemiepiphysodesis is a safe and effective method for the treatment of lower limb angular deformities.