

# ДЕФОРМАЦІЇ ВЕЛИКОГО ВЕРТЛЮГА У ДІТЕЙ: КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ВАРІАНТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.

Корольков О.І., Громов А.Б.

ДУ «ПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ», м. Харків

«Центр охорони здоров'я матері і дитини міської лікарні № 5», м. Севастополь.

Одним із суттєвих проявів різноманітної патології кульшових суглобів (КС) у дітей (соха vara, асептичний некроз головки стегнової кістки (АН ГСК), вроджений вивих і підвивих стегна (ВВіПВС)) є деформації великого вертлюга (ДВВ), які, як правило, розвиваються поступово і на етапах їх формування не супроводжуються вираженими клінічними змінами (спочатку відсутнє обмеження рухів у КС, кульгавість і больовий синдром). Виражена ДВВ (в першу чергу його високе стояння), супроводжуються не тільки кульганням, болем і обмеженням рухів у КС, а й біомеханічними передумовами, до розвитку децентрації і підвивиху стегна (інсуффіцієнтність сідничних м'язів, розвиток та зміни силових зусиль, які спрямовані на «втягування» головки стегнової кістки (ГСК) з кульшової западини (КЗп) і перевантаження певних зон КЗп і ГСК і т.д.). Деякі автори вважають за необхідне виділяти «вертельной» компонент багатоплощинних деформацій проксимального відділу стегнової кістки (ПВСК), підкреслюючи цим його важливість і значимість [Соколовський О.А., 2011].

**Мета дослідження:** на основі методів променевої діагностики виявити відхилення в будові великого вертлюга при різній патології КС у дітей, розробити робочу класифікацію його деформацій і на її основі представити варіанти їх хірургічного лікування.

**Матеріал і методи.** Проведено рентгенометричний аналіз КС 233 хворих (126 хлопчиків і 107 дівчаток віком 2-18 років) з різною патологією КС, одним із проявів якої були відхилення в будові ВВ. Всі діти, у яких виявлені деформації ВВ, були розділені на підгрупи за нозологічним принципом: деформації ПВСК внаслідок запальних захворювань КС - 31 хворих, АНГСК - 36, ВВіПВС - 49, посттравматичні деформації ПВСК - 19, соха vara - 21, деформації ПВСК на тлі дитячого церебрального паралічу і спинно-мозкової грижі - 77, а також за віком: від 2-х до 6 років, від 6 до 12 і від 12 до 18. Середній термін спостереження склав 8,6 років (від 3 до 15 років). Для уточнення варіантів норми будови ВВ проведено порівняльний рентгенометричний аналіз КС 98 здорових дітей аналогічного віку (56 хлопчиків і 42 дівчинки), рентгенологічне обстеження яких проводилось з причин, не пов'язаних з патологією КС.

**Результати та їх обговорення.** На першому етапі роботи, на основі рентгенологічних та комп'ютерно-томографічних даних виявлена динаміка та особливості розвитку вертельного компонента КС в нормі, а також при різній його патології. На другому етапі - розроблена робоча класифікація ДВВ у дітей з урахуванням її багатоплощинного характеру, ступеня деформації, етіологічного фактора, віку пацієнтів та темпів прогресування. Залежно від ступеня деформації та віку пацієнта за показаннями застосовувалися такі втручання: - у дітей 6-10 років при прогресуванні ДВВ, або виявленні даних за виникнення підвивиху ГСК - виконувався вперше розроблений спосіб тимчасового апіфізіодеза ВВ (декларацийний патент України № 81754 та № 7977), з або без поєднання із втручаннями на ПВСК та/або тазовому компоненті КС. - у дітей 10-18 років - низведення і латералізація великого вертлюга (типу Vo-Lami) з фіксацією металоконструкцією оригінальної конструкції (декларацийний патент України № 81755), а також постійний апофізіодез великого вертлюга 2-3 гвинтами; Віддалені результати оцінені з урахуванням клінічних, рентгенологічних та біомеханічних критеріїв.

## Висновки.

1. Проведені клініко-рентгенологічні та біомеханічні дослідження дозволили виявити анатомічні та вікові особливості розвитку вертельного компонента кульшових суглобів у дітей в нормі, а також при різній його патології, що дозволило створити робочу класифікацію деформацій великого вертлюга в дітей з урахуванням їх багатоплощинного

характеру, ступеня деформації, етіологічного фактора, віку пацієнтів та темпів прогресування.

2. Диференційоване виконання хірургічних втручань на великому вертлюзі кульшового суглобу в дітей дозволило в значній мірі поліпшити біомеханічні параметри ходьби, створити умови для стабільного функціонування суглоба, попередити розвиток децентрації і підвиху головки стегнової кістки, а отже знизити ризик розвинення раннього коксартрозу.