

## РОЛЬ ОПОРНО-КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.

Климовицкий В.Г., Илюшенко Ю.К., Масликов А.А., Жилицын Е.В.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования.** В практике детского травматолога достаточно часто встречаются дети 13-17 лет с врожденным вывихом бедра и дисплазией тазобедренного сустава, у которых патология клинически проявляется нестабильностью сустава, деформацией проксимального отдела бедра и связанной с ними хромотой, но болевой синдром, артрозные изменения и существенные ограничения объема движений в суставе отсутствуют. Остается дискуссионным вопросом тактика лечения этих пациентов. Для восстановления опорности и улучшения биомеханики ходьбы предложено применение опорных и опорно-корректирующих остеотомий, предусматривающих повышение стабильности тазобедренного сустава, коррекцию оси и длины конечности, однако отношение к ним противоречиво. Целью исследования стал анализ собственного опыта применения опорно-корректирующих остеотомий проксимального отдела бедренной кости при лечении патологии тазобедренного сустава у детей.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 18 детей. Врожденная патология (врожденный вывих бедра, дисплазия) была у 10 чел., последствия ортопедической патологии (болезнь Пертеса, опухоль проксимального отдела бедренной кости, эпифизарный остеомиелит) – у 8 чел. Возраст больных от 13 до 17 лет. Всем больным выполнена внесуставная реконструкция бедра с использованием аппарата внешней фиксации. В качестве средства фиксации применен разработанный в Донецком НИИТО спицестержневой аппарат «Остеомеханик» (Катаев И.А., Лобко А.Я., 1994).

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного лечения улучшение отмечено у всех пациентов. Оно проявилось устранением симптома Тренделенбурга и улучшением походки, что объясняется восстановлением стабильности сустава, компенсацией деформаций и укорочения. Из оперированных 6 чел. мы наблюдаем от 5 до 8 лет: у всех сохранена опорность бедра, ходят без дополнительной опоры, и вопрос об эндопротезировании на данный период не является актуальным. В случае появления впоследствии показаний к эндопротезированию, вмешательство будет выполняться в условиях скорректированной оси и длины конечности. Проблема на перспективу в этом случае состоит не в противопоставлении корректирующих вмешательств и эндопротезирования, а в изучении возможности выполнения их как элементов этапного лечения с учетом возрастного аспекта и результатов динамического наблюдения. Представляет интерес выявленный в ходе исследования факт развития деформаций дистально расположенных отделов конечности при врожденной патологии тазобедренного сустава и последствиях заболеваний, перенесенных в детстве. Так, при оперативном лечении патологии у 7 пациентов для восстановления опорности и биомеханической оси конечности одной остеотомии в проксимальном отделе бедра оказалось достаточно (41,2%). Двойная остеотомия бедра выполнена в 5 наблюдениях (23,6%), остеотомия верхней трети бедра и остеотомия костей голени – в 3 (17,6%), двойная остеотомия бедра и остеотомия голени – в 3 (17,6%) наблюдениях. Необходимость коррекции оси и длины конечности на нескольких уровнях была вызвана наличием деформаций дистально расположенных отделов, которые мы расцениваем как компенсаторные, сформировавшиеся в процессе роста в условиях адаптации к ходьбе при нестабильном тазобедренном суставе и нарушенных анатомических соотношениях в проксимальном отделе бедра.

**Выводы:** оптимальным периодом для выполнения опорно-корректирующих остеотомий считаем возраст до 18 лет, когда проявления диспластического коксартроза, как

правило, отсутствуют. Впоследствии необходим этапный контроль для коррекции возможных в процессе роста нарушений оси и длины конечности.

**Реферат:** У дітей з природженим вивихом стегна і дисплазією тазостегнового суглоба, в яких патологія клінічно виявляється нестабільністю суглоба, деформацією проксимального відділу стегна і пов'язаною з ними кульгавістю, але больовий синдром, артрозні зміни і істотні обмеження об'єму рухів в суглобі відсутні. Оптимальним періодом для виконання опорно-корігуючих остеотомій вважаємо вік до 18 років, коли прояви диспластичного коксартрозу, як правило, відсутні. Згодом необхідний етапний контроль для корекції можливих в процесі зростання порушень осі і довжини кінцівки.

Children with a congenital dislocation have femurs and a dysplasia of a hip joint at which pathology is clinically shown by instability of a joint, deformation of proximal department of a femur and the related lameness, but a pain syndrome, artrozny changes and essential restrictions of volume of movements in a joint are absent. As the optimum period for performance of basic and corrective osteotomies we consider age till 18 years when implications dysplastic коксартроза, as a rule, are absent. Subsequently landmark control is necessary for correction possible in the course of body height of disturbances of an axis and extremity length.