

## МОДЕЛЮЮЧА РЕЗЕКЦІЯ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

Корольков О.І., Кацалап Є.С., Кузьо З.Т.

ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України "  
КЗ "Обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ", м Львів.

**Вступ.** Патологія кульшового суглоба (КС) різного генезу у дітей: асептичний некроз (АН) головки стегнової кістки (ГСК), патологічний, уроджений вивих стегна (УВС), переломи проксимального відділу стегнової кістки (ПВСК) — досить часто супроводжується деформацією ГСК різного ступеня вираженості. Одним з видів втручань, який повинен застосовуватися у показаних випадках, є моделююча резекція ГСК (МРГСК). Під цим терміном розуміємо дбайливе висічення крайових розростань ГСК або деформованого краю зміненої ГСК з метою наближення її форми та об'єму до розмірів кульшової западини (КЗп), при максимальному збереженні хрящового покриву.

**Мета роботи:** представити результати використання моделюючої резекції головки стегнової кістки у дітей при різній патології кульшових суглобів.

**Матеріал і методи.** З 1995 по 2015 рр. під наглядом у ДУ "ПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ" знаходилося 64 пацієнта (26 дівчаток і 38 хлопчиків), у віці від 10 до 18 років, яким було виконано 85 хірургічних втручань. Віддалені результати МРГСК простежено в терміни від 3 до 20 років (середній термін 8,4 роки) та оцінені з урахуванням клінічних, біомеханічних і рентгенологічних критеріїв.

Методика виконання моделюючої резекції ГСК:

- 1-й етап: м'якотканинна декомпресія КС – міотомія аддукторів, у разі згинальної контрактури – субспінальна міотомія, а також відсічення сухожилка клубово-поперекового м'яза від малого вертлюга;

- 2-й етап – безпосередньо доступ до КС, який залежить від особливостей хірургічного втручання (застосовували передній доступ або латеральний – з остеотомією великого вертлюга, іноді їх комбінація);

- 3-й етап – власне моделююча резекція ГСК: формували головку стегнової кістки максимально округлої форми шляхом збивання деформованого латерального і/або верхньо-латерального краю і остеофітів з її країв, при цьому максимально зберігали хрящовий покрив в її центральній і особливо верхній (найбільш навантажується) частині ;

- 4-й етап, в залежності від показань, виконували артротомію КС, у разі показань – коригувальну межвертельну остеотомію (КМО) стегнової кістки з МОС пластинками різних конструкцій за загальноприйнятою методикою.

Реконструкцію тазового компонента в цей етап хірургічного лікування не виконували, щоб уникнути надмірної компресії ГСК і КЗп. В післяопераційному періоді іммобілізацію проводили у деротаційному чобітку з накривним витягом протягом 1,5 – 2 міс. та проводили розробку рухів на апараті для автоматичної розробки рухів у суглобах вітчизняного виробництва.

**Результати.** У віддаленому післяопераційному періоді визначалися наступні дані: у хворих, які раніше перенесли внутрішньосуглобові втручання на КС, а також при патологічному вивиху стегна, відзначалося зменшення обсягу рухів у суглобі.

Результати лікування у всіх групах пацієнтів розподілилися наступним чином: відмінні та добрі – 42,2% (27 хворих), задовільні – 42,2% (27 хворих) незадовільні – 15,6% (10 хворих).

У 4 хворих розвинулася тугорухомість у КС, а в подальшому – анкілоз, у 8 – з'явилися або збільшилися явища АНГСК. У 11 пацієнтів відзначали больовий синдром при ходьбі від 500 до 1000 метрів і помірне зниження обсягу рухів у КС; довжина оперированої нижньої кінцівки у 37 дітей (61,4%) була менше протилежної від 1 до 3 см, а у 27 дітей (38,6%) – стегно було коротше більш ніж на 3 см. В усіх хворих показники взаємовідносин компонентів КС (кут Віберга, коефіцієнт покриття ГСК кульшовою западиною, кут вертикальної відповідності тощо) характеризувалися їх нормалізацією у порівнянні з

даними доопераційного періода ( $p < 0,05$ ), що свідчить про усунення децентрації і підвивиху у пацієнтів даної групи.

**Висновки:**

1. Моделююча резекція головки стегнової кістки у дітей є ефективним методом хірургічного лікування патології КС у випадках, коли вона супроводжується вираженою деформацією ГСК, що дозволяє зберегти функцію суглоба на тривалий період часу. Показаннями до виконання МРГСК є: значні кістково-хрящові розростання в області ГСК та / або сідлоподібна деформація ГСК, які перешкоджають центрації ГСК у КЗп; випадки, коли деформована частина ГСК займає від  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  її діаметра при децентрації і підвивиху стегна але за умови достатнього об'єму рухів у сагітальній площині.

2. Післяопераційне лікування дітей після моделюючої резекції ГСК має будуватися на основі принципів етапності, комплексності та максимальної функціональності (ранні рухи і пізні навантаження) з використанням всього арсеналу методів консервативного лікування (лікувальної фізкультури, фізіо-терапевтичного, медикаментозного, протезно-ортопедичного і санаторно-курортного лікування).

3. Незадовільні результати обумовлені в першу чергу вихідним станом кульшового суглоба на момент проведення МРГСК і особливостями перебігу основного захворювання. Так, найбільший відсоток незадовільних результатів (24%) після МРГСК отриманий нами в підгрупі хворих з патологічним вивихом стегна, а найменший - у хворих з АНГБК (9%).