СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

© Барсуков Дмитрий Борисович, Басков Владимир Евгеньевич, Поздникин Иван Юрьевич, Бортулёв Павел Игоревич, Асадулаев Марат Сергеевич

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ. E-mail: marat.asadulaev@yandex.ru

Ключевые слова: юношеский эпифизеолиз; деформация эпиметафиза; стабильная форма; тазобедренный сустав; ранний коксартроз.

Введение. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) относится к одним из наиболее тяжелых заболеваний тазобедренного сустава в детском возрасте. Деформация проксимального эпиметафиза бедренной кости является причиной появления феморо-ацетабулярного импинджмента (ФАИ) и развития раннего коксартроза.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения детей со стабильной формой ЮЭГБК.

Материал и методы исследования**.** Мы располагаем опытом лечения 139 пациентов (234 операции) со стабильной формой ЮЭГБК, которым проведены современные хирургические вмешательства. Согласно классификации А.Н. Кречмара (1982), оперированные суставы распределялись следующим образом: I стадия — 92, II стадия — 78, III стадия — 64.

В I и II ***стадиях, при*** отсутствии смещения эпифиза или наличии смещения кзади не более 30^0, для удержания эпифиза в имеющемся положении выполнялась внесуставная фиксация эпифиза головки бедра винтом. Канюлированный винт диаметром 7 мм проводился с наружной или передне-наружной поверхности шейки бедра в головку бедра через центр эпифизарной ростковой пластинки «закрыто» (из разреза кожи длиной 1,0 см) при помощи электронно-оптического преобразователя рентгеновского изображения.

В III ***стадии***, при наличии смещения эпифиза кзади более 30^0, но не более 75^0, для восстановления исходного положения эпифиза по отношению к вертлужной впадине производилась корригирующая (передне-ротационная или ротационно-вальгизирующая) остеотомия бедра. Корригирующая остеотомия бедра, включающая вращательный компонент коррекции, выполнялась по разработанному нами методу, отличающемуся относительной простотой исполнения и исключающему возникновение в ходе операции подвывиха головки бедра. Вращательный компонент коррекции во избежание развития ишемических осложнений составлял не более 45^0, поэтому при наличии смещения эпифиза кзади более 45^0, в послеоперационном периоде сохранялось остаточное смещение в пределах 30^0. Корригирующая остеотомия бедра производилась без предварительной фиксации эпифиза, при этом прогрессирования смещения не отмечалось ни в одном из клинических наблюдений.

В III ***стадии,*** при наличии смещения эпифиза кзади более 75^0, для восстановления исходного положения эпифиза по отношению к вертлужной впадине и к метафизу выполнялась модифицированная операция Dunn. Современная модификация классического вмешательства характеризуется меньшей вероятностью тяжелых ишемических осложнений после репозиции. Высокая точность выполняемой открытой репозиции эпифиза позволяла устранить анатомический субстрат феморо-ацетабулярного импинджмента во всех клинических наблюдениях.

При развитии ранних осложнений ЮЭГБК — острого некроза покровного хряща головки бедра и вертлужной впадины (хондролиза) или асептического некроза головки бедра, методом выбора, как правило, являлось первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Результаты.и их обсуждение**. Результаты.**лечения оценивались ретроспективно в стадии исхода (после наступления полного синостоза на уровне эпифизарной ростковой пластинки) в среднем через 3,5 года (от 1 года до 6 лет) на основании клинических и рентгенологических данных. Хорошие и удовлетворительные результаты (отсутствие или незначительная выраженность остаточной деформации бедренного компонента пораженного сустава и нормальная или приближенная к

норме амплитуда движений бедра) при внесуставной фиксации эпифиза головки бедра винтом были получены в 96,4% случаев. Появления (или прогрессирования) смещения эпифиза в послеоперационном периоде не было отмечено ни в одном из клинических наблюдений. При корригирующей остеотомии бедра в суставах со смещением эпифиза кзади не более 45^0 подобные результаты отмечались в 89,7% случаев, а в суставах со смещением эпифиза кзади более 45^0 — в 73,1% случаев. Подвывих головки бедра в ходе операции не получен ни в одном из пораженных суставов. Объективная оценка результатов модифицированной операции Dunn и тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в настоящее время не представляется возможной ввиду недостаточного количества проведенных хирургических вмешательств и сроков наблюдения.

Заключение. Применяемые нами внесуставная фиксация эпифиза головки бедра винтом и корригирующая (передне-ротационная и ротационно-вальгизирующая) остеотомия бедра позволяют не допустить появления (или устранить) ФАИ и получить хорошие и удовлетворительные анатомо-функциональные результаты лечения у детей со стабильной формой ЮЭГБК в большинстве клинических наблюдений.