

Ибрагимов С.Ю., Мурадов У.К., Каюмов Ш.Х., Кувватов Д.Х., Бобожонов Ф.

ВЛИЯНИЕ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ ЗАДНЕЙ РОТАЦИОННОЙ ОСТЕОТОМИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: Несмотря на вековую историю изучения болезни Пертеса, она до сих пор остается одной из самых актуальных проблем детской ортопедии. Болезнь Пертеса в последнее время относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний тазобедренного сустава у детей в возрасте от 4 до 14 лет и представляет собой разновидность асептического некроза головки бедренной кости. Среди всех остеохондропатий болезнь Пертеса составляет по данным разных авторов от 3 до 13%. Мальчики поражаются в 4-5 раз чаще, чем девочки, заболевание протекает длительно до 3-5 лет, а у 20-25% детей образуется выраженная деформация головки бедренной кости [3]. До настоящего времени остается высокой частота неудовлетворительных исходов заболевания (от 40 до 80%), проявляющихся ранним развитием тяжелого коксартроза и наступлением инвалидности уже в детском возрасте [5].

В последние годы ротационные остеотомии проксимального конца бедренной кости находят все более широкое применение у детей и взрослых при лечении различной патологии тазобедренного сустава. Ротационные остеотомии позволяют изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях, с их помощью возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, выведение из-под нагрузки деформированного или разрушенного сектора головки бедра. В отличие от традиционных методик технически правильно проведенная ротационная остеотомия не вызывает угловые деформации проксимального отдела бедренной кости и укорочение конечности. Более обоснованной с анатомической точки зрения по праву считается задняя ротационная остеотомия. Потому что, поворот проксимального конца бедренной кости кзади сопровождается раскручиванием капсулы и связок тазобедренного сустава, что ведет к улучшению кровоснабжения и снижению внутрисуставного давления, которое при болезни Пертеса обычно повышено [3,6,7]. Однако, данный

вид остеотомии редко применяется при лечении болезни Пертеса.

Цель исследования. Целью нашего исследования является изучение результатов задней межвертельной ротационной остеотомии бедренной кости у больных с болезнью Пертеса.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 14 больных, которым проведены по показаниям межвертельные задне-ротационные остеотомии бедра в возрасте от 5 до 14 лет, прооперированных в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 2009 по 2012 гг. Среди детей было 5 девочек (35,7%) и 9 мальчиков (64,3%). По возрасту на момент операции больные распределились следующим образом: 5-8 лет – 5 больных (35,7%), 9-11 лет – 7 больных (50%), 12-14 лет – 2 больных (14,3%). До операции всем больным проводилось общее клиническое исследование, также проводилась рентгенография в прямой проекции и в положении Лауэнштейна. 8 больным проводилась мультиспиральная компьютерная томография с построением трехмерной модели. Оперативное пособие зависело от стадии процесса и показателей, характеризующих пространственные взаимоотношения в тазобедренном суставе. Все 14 больных были с болезнью Пертеса, у 2 из них была II стадия болезни по классификации Axhausen-Рейнберга, у 12 была III стадия болезни. У 4 больных была определена 3 группа по Catteral, у 10 больных была определена 4 группа. При определении показаний к оперативному вмешательству также использовали методику оценки признаков риска по A. Catteral [1,2,4]. У всех 14 больных были определены признаки риска, наиболее часто встречались латеральный подвывих головки бедра, горизонтальное расположение эпифизарной пластинки и кисты в метафизе. Латеральный подвывих головки бедра выявлен у 10 больных, горизонтальное расположение эпифизарной пластинки выявлено у 9 больных, кисты в метафизе также выявлены у 9 больных. Gage признак выявлен у 5 больных, склероз ла-

Таблица №1. Частота встречаемости признаков риска по Catterall.

№	Симптом	Положительный	Отрицательный	Частота
1	Подвывих головки бедренной кости	10	4	72%
2	Горизонтальное расположение эпифизарной пластинки	9	5	64%
3	Кисты в метафизе	9	5	64%
4	Склероз латеральной части эпифизарной пластинки	5	9	36%
5	Gage's признак	4	10	28%

теральной части ростковой пластинки выявлен у 4 больных. У каждого больного наблюдалось как минимум три признака.

Техника операции: из наружного разреза обнажалась вертельная и подвертельная область бедренной кости. Большой вертел отсекается долотом у основания. В межвертельной области пилой Джилли осуществляется остеотомия. Линия сечения проходит параллельно оси шейки бедра. Затем с помощью костодержателя проксимальный фрагмент, включающий шейку и головку бедренной кости, легко поворачивается на 45-90° кзади. Фрагменты бедренной кости после их сопоставления фиксируются Г-образной пластиной. Для ускорения сращения корковые стенки в области стыка отломков перфорировались. Большой вертел фиксируется на новом месте с помощью шурупа. Проводится рентгенография на операционном столе и анализируется эффект операции. При недостаточности степени покрытия головки бедра, что наблюдалось у 4 больных, проводился второй этап операции. Второй этап операции заключается в остеотомии подвздошной кости типа Солтера, однако операция проводится без отслойки надкостницы, что значительно уменьшает кровопотерю. Рана послойно ушивается. Конечность фиксируется на месяц тазобедренной гипсовой повязкой. Задняя ротационная подвертельная остеотомия выполнена 7 больным (50%), причем еще 3 больным (21,4%) операция дополнена открытой аддукторотомией для профилактики избыточной компрессии головки бедренной кости, у остальных 4 больных (28,6%) операция дополнена остеотомией подвздошной кости для достижения полного покрытия головки бедренной кости. Особое значение для профилактики компрессии головки бедренной кости имеет отсечение сухожилия *m. iliopsoas* в месте прикрепления к малому вертелу, которое проведено всем больным. После

операции конечность фиксировалась тазобедренной гипсовой повязкой в течении месяца. После снятия гипсовой повязки проводилось физиотерапевтическое лечение, направленное на восстановление движений в тазобедренном суставе. В шести операциях мы проводили остеотомию, потом поворачивали проксимальный фрагмент и вводили по оси шейки бедра браншу пластины. При этом, у 2 больных мы наблюдали расклинивание проксимального отломка, это потребовало дополнительной фиксации и привело к удлинению времени операции. Поэтому, у следующих больных мы вводили браншу пластины с учетом степени ротации проксимального фрагмента до остеотомии, что предотвращало расклинивание проксимального фрагмента. После остеотомии диафизарную накладку пластины сопоставляли по оси диафиза бедра и фиксировали винтами. Также технические трудности, связанные с неправильным введением бранши пластины наблюдались у 4 больных, что потребовало повторного введения фиксатора после рентгенографии во время операции. Эти трудности в основном наблюдались в период усвоения методики, в дальнейшем с накоплением опыта эти трудности не наблюдались.

Результаты. Для оценки результатов лечения мы использовали трёхступенную систему оценки результатов лечения [3]. Результаты оценены как хорошие у 8 больных, удовлетворительные у 3 больных. У остальных 3 больных результаты оценены как неудовлетворительные. У 12 больных до операции был выявлен подвывих головки бедренной кости, после ротации проксимального фрагмента во время операции у 8 больных подвывих был устранен. У 4 больных после ротации проксимального фрагмента подвывих сохранился, после остеотомии подвздошной кости степень покрытия головки бедра была больше чем 1,0. Восстановление структуры головки происходило в основном в сроки

от 1 до 2 лет, что связано с возрастом больного и различиями в тяжести патологического процесса. У 3 больных с неудовлетворительными результатами в процессе лечения наблюдалось прогрессирование некроза головки бедренной кости, вследствие варизация шейки бедра и потеря достигнутого результата. У этих больных после полного восстановления некроза были проведены в последующем вальгизирующие корригирующие остеотомии.

Выводы. 1. Методика задней ротационной остеотомии требует от хирурга знаний топографии проксимальной части бедра и пространственного представления суставных элементов.

2. Метод мультиспиральной компьютерной томографии с построением трехмерной модели и предоперационное правильное планирование операции намного облегчает работу хирурга во время операции.

3. Используемые в настоящее время фиксаторы для задней ротационной остеотомии не отвечают требованиям этой операции.

4. При правильном определении показаний операции задняя ротационная остеотомия бедренной кости позволяет добиться хороших результатов в лечении тяжелых форм болезни Пертеса.

Использованная литература:

1. Catterall A. // J.Bone Joint Surg.(Brit.). -1971.-Vol.53. -P.37-53.
2. Terjesen T., Wiig O., Svenningsen S. The natural history of Perthes' disease. Acta Orthopaedica 2010; 81 (6): 708-714.
3. Белецкий А.В., Ахтямов И.Ф., Богосьян А., Герасименко М. Асептический некроз головки бедренной кости у детей. Казань. 2010.
4. Деменцов А.Б., Соколовский О.А. Рентгенологические «признаки риска» при неблагоприятном течении болезни Пертеса // Ж. Медицинские новости. -2009. -№7. - с. 88-94.
5. Майоров А.Н. Хирургическое лечение при тяжелых формах болезни Пертеса // Ж. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2005. - №2. - С. 76-80.
6. Соколовский А.М., Соколовский О.А. Применение ротационных остеотомий при патологии проксимального конца бедренной кости // Ж. Ортопедия, травматология и протезирование. - 1990. - №8. - С. 39-44.
7. Соколовский О.А. Результаты ротационных остеотомий бедра у детей и подростков // Ж. Медицинские новости. -2000. -№10. - С. 36-41.