

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Мухаммадиев Э.Р

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Аннотация: В статье приведен анализ результатов лечения 20 больных с ЮЭГБК. По течению болезни у 10 больных наблюдалось острое и у 10 больных хроническое течение. Срок давности болезни от 2 до 5 лет. Лечение больных проводилось отдельно по группам: 1-ой группы больным консервативное, 2-ой группы традиционное оперативное и 3-ей группы современный перкутанный остеосинтез. Результаты исследования показывает, что репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные результаты у 88,8% больных. По лечению ЮЭГБК свидетельствуют заметить, что в лечении юношеского эпифизеолиза должно быть умелое сочетание как консервативные, так и оперативные способы лечения.

Ключевые слова: юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости, скелетное вытяжение, перкутанный остеосинтез.

Введение. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) — это сравнительно редкое и своеобразное заболевание, встречающееся преимущественно в юношеском возрасте, представляющее собой скрытое или острое смещение либо даже полное отделение эпифиза на уровне ростковой пластинки. Заболевание встречается с частотой 4-5 случаев на 100 000 населения, а пациенты с ЮЭГБК составляют 0,5—5% количества детей с ортопедической патологией [1-4]. Соотношение лиц мужского и женского пола — 3:2. У девочек заболевание начинается чаще в возрасте 11—12 лет, у мальчиков — в 13—14 лет, что совпадает с началом полового созревания. Однако ЮЭГБК может произойти даже в 5-летнем возрасте у девочек и в 7-летнем у мальчиков. Относительно преимущественного поражения правого или левого тазобедренного сустава мнения расходятся [5-7]. Двустороннее поражение отмечается у 20% больных. Второй сустав поражается в среднем через 10—12 мес. после появления признаков заболевания первого сустава [8].

Этиология юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости (ЮЭГБК) неизвестна, определенную роль играют механический, биологический и наследственный факторы. В основе юношеского эпифизеолиза лежит нарушение анатомической связи между эпифизом и шейкой бедренной кости вследствие поражения ее проксимальной зоны роста [10-13]. В результате чего эпифиз смещается кзади и книзу, а шейка бедренной кости — кпереди и кверху. Именно по

величине произошедшего смещения определяется тяжесть заболевания, что имеет большое значение в выборе лечебной тактики [9,14]. К настоящему времени большинство исследователей считают, что при ЮЭГБК необходимо прибегать к хирургическому лечению [15], но при этом ряд авторов указывают на необходимость проведения обязательного консервативного лечения [1]. В настоящее время нет доказательств, подтверждающих превосходство одного метода над другим [16].

Цель исследования: Изучить и описать результаты комплексного лечения ЮЭГБК с учётом исторического подхода и современной малоинвазивной методики – перкутанного остеосинтеза. Улучшить методы комплексного лечения и предупредить коксартроза среди детей после перенесенного юношеского эпифизеолиза.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились на лечении 20 больных детей с ЮЭГБК, за период 2017-2022 годы. По возрасту больных распределяли следующим образом: до 12 лет – 2 больные, 12-14 лет – 14 больных, старше 14 лет – 4 больные; по полу – 18 мальчиков и 2 девочки. По течению болезни у 10 больных наблюдалось острое и у 10 больных хроническое течение. Срок давности болезни от 2 до 5 лет. Для установления диагноза проводили рентгенографию тазобедренного сустава в прямой проекции и по Лауэнштейну, МСКТ исследования, определили степень смещения в градусах.

По степени смещения головки бедра от шейки бедренной кости наши больные распределялись на 3 группы: 1- группа – легкая 10 больных, у которых имелось угловое смещение на $10-15^{\circ}$; 2 - группа средняя степень тяжести, у 6 больных со смещением на $15-20^{\circ}$ и 3 - группа больных, у которых мы выявили угловое смещение более 20° – это тяжелая степень смещения, которое определялось у 4 больных.

У большинства детей, при тщательном расспросе удалось выяснить в анамнезе наличие травмы в виде ушиба; насильственное чрезмерное движение в суставе сгибательного, разгибательного отводящего характера в тазобедренном суставе. Многие дети не могли связать начало заболевания, с какой либо травмой. У них заболевание началось постепенно, вначале беспокоили боли, затем хромота, нарушение осанки. При поступлении у больных определялись наряду с болями, хромотой, еще контрактура сустава.

Больным применяли следующие методы лечения: 1-группы больным, у которых проводилось скелетное вытяжение, с последующей иммобилизацией в тазобедренной гипсовой повязке у 7 больных, 2-группы больным – оперативное лечение у 4 больных, 3-группы больным – у которых мы применяли новую методику репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез пучком спицы, у 9 больных.

У 7 детей 1-группы проводили консервативное лечение, т.е. с поступлением в стационар больных уложили на скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости грузом по 2,5-3,0 кг. с внутренней ротацией конечности, на 3-

4 недели. Производили контрольную рентгенографию (прямую и аксиальную). Если хорошая репозиция эпифиза, то накладывали кокситную гипсовую повязку сроком на 2мес. В дальнейшем проводили санаторное лечение. У этих больных периодическое наблюдение велось до закрытия зоны роста эпифиза бедра. Средний срок наблюдения от 5 до 6 лет.

Лечение больных 2-группы традиционным оперативным методом. К нему установлено показание в состоянии смещения головки бедра по отношению шейки более чем на $1/3$ диаметра или смещение эпифиза под углом 30° в сагиттальной плоскости. Подобная патология в дальнейшем является причиной плохой функции тазобедренного сустава, в связи с децентрацией головки бедра в вертлужной впадине. В подобных случаях рекомендуется реконструктивные операции. При этих операциях учитывается сохранности проксимальной ростковой зоны и возраст пациента. У 1 больного открытым путем вправили эпифиза и фиксировали спицами Илизарова с перекрещиванием спиц. У 3-х больных было выполнено операция, корригирующая подвертельная остеотомия с фиксацией отломков накостной пластинкой.

У 3-группы больным было проведено перкутанный остеосинтез. Лечение больных состоит из следующих этапов: первый этап репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении. В нашей практике в среднем за 7-10 дней смещенный эпифиз сопоставляется; второй этап выполнение перкутанного металлоостеосинтеза. Для выполнения техники перкутанного остеосинтеза необходимо будет знать: расположение головки, шейки на основе ориентиров – передней верхней оси подвздошной кости, симфиза, проекции пупартовой связки, пульсации бедренной артерии (рис 1).

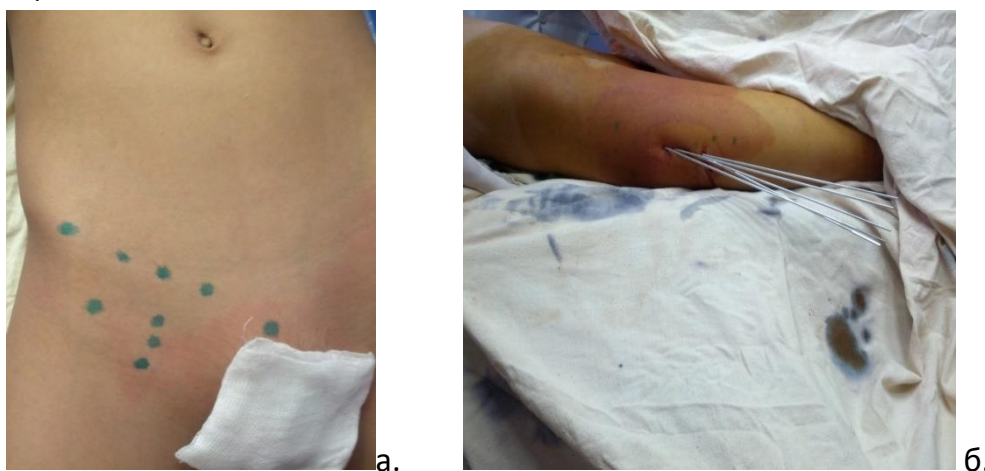


Рис 1. а – для определения расположению головки бедра на коже начертаны линии – проекция пупартовой связки, проекция бедренной артерии. На уровне точки расположенной ниже пупартовой связки и кнаружи от бедренной артерии расположена головка бедра; б – перкутанно проведены несколько спицы от подвертельной области к головке бедренной кости.

Под общим обезболиванием, соблюдая правила асептики спицы от латеральной поверхности проксимального конца бедра направляется в шейку и головки бедра. Следует учитывать антекорсии шейки и головки вперед на 15-20° по отношению к горизонтальной плоскости. Рентген контроль под ЭОП, или рентгенограммы в 2-х проекциях. Затем проводится 3 спицы. Проверяется движения в тазобедренном суставе для исключения трансартикулярного прохождении спиц. Загнутые концы спиц помещается под кожу. Гипсовая повязка со сроком до 2 мес. Ходить при помощи костылей на 6 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, массаж после удаления спиц (4-5 месяцев спустя после операции).

Клинический пример, больной К. 10 лет, лечился с диагнозом ЮЭГБК. При поступлении жалобы на хромоту, на боли в правом тазобедренном суставе. У больной выявлено укорочение конечности до 2 см, положительные симптомы Хофмейстра и Тренделенбурга, атрофия мышц нижней конечности, а также высокое стояние большого вертела и тугоподвижность сустава. Давность болезни – 5 месяцев. Больная лечилась по методу лечения 3 – группы больных: вправление эпифиза на скелетном вытяжении (8 дней) и перкутанном остеосинтезом спицами.

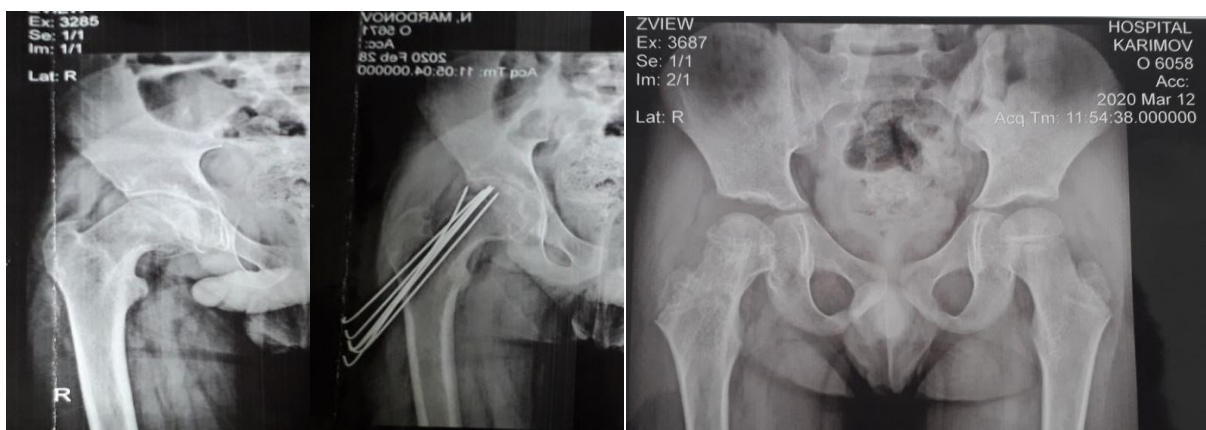


Рис 5. Рентгенограмма больного К. 10 лет. Диагноз: ЮЭГБК. До операции и после операции перкутанного остеосинтеза.

Рис 6. Рентгенограмма тазобедренных суставов б-го К. 10 лет. 8 месяцев спустя после операции.

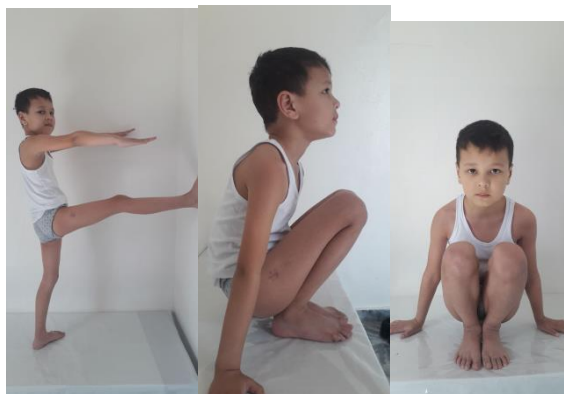


Рис 7. Фото больного К. 10 лет. Функция сустава через 8 мес. после операции.

Результаты лечения и обсуждение. В оценке результатов лечения в ближайшем периоде после лечения (до 6 месяцев) мы изучали правильное взаиморасположение эпифиза – головки бедра и шейки бедра, отсутствие возобновленного смещения эпифиза, наличие признаков костного сращения, отсутствие дистрофических изменений в головке бедренной кости. В более отдаленном периоде изучали длину конечности, формы тазобедренного сустава, движения в нём, осанку больного и характер походки больного.

Изучение результатов лечения у больных 1-й группы показало, что, у 2 (28,5%) среди 7 больных в периоде гипсовой иммобилизации состояние взаиморасположения головки и шейки бедра ухудшилось, возобновилась смещения эпифиза в допустимых показателях. Еще у двух больных на скелетном вытяжении полное сопоставление эпифиза не было достигнуто, эпифиз сопоставился в допустимых, удовлетворительных величинах.

Результаты лечения 2- группы больных. Анализ результатов операций у 4 - больных показало, что у 1 больного, у которого был произведен открытый остеосинтез, в последующем мы наблюдали нарушение кровоснабжения, развитие дистрофии и асептического некроза головки бедра. У 3-х больных, где производили корригирующую остеотомию проксимального отдела бедренной кости, получили хорошие результаты.

Результаты лечения больных 3-группы. Изучение результатов лечения у 9 больных, которым была применена репозиция на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез спицами показала эффективность данного метода, у 8 больных получены положительные, хорошие результаты. У одного больного наблюдалось ишемическое состояние головки бедра. Еще у одного больного на скелетном вытяжении полное сопоставление эпифиза не было достигнуто, эпифиз сопоставился в допустимых величинах.

Анализы результатов лечения наших больных по лечению ЮЭГБК свидетельствуют заметить, что в лечении юношеского эпифизолиза должно быть умелое сочетание как консервативные, так и оперативные способы лечения. Мы ориентировались на оперативное лечение при смещении головки бедра на одну

трети ширины и угловое смещение более 30° кзади и вниз в тех случаях, когда требуется восстановить правильные анатомические соотношения головки и шейки бедренной кости. У этих больных давность травмы были от 6 мес. до 5 лет.

Выводы: 1. Применение скелетного вытяжения с целью вправление головки бедренной кости у больных детей в наших наблюдениях 89,1% случаях обеспечило вправление эпифиза, 10,9% больных состояние отломков улучшилось, у 1/3 больных наблюдалось ухудшение состояние сопоставленных отломков в периоде гипсовой иммобилизации.

2. Открытое вправление головки бедра у больных с ЮЭГБК чревато опасностями в виде осложнения развитие ишемии головки бедра, подвертельная коррегирующая остеотомия способствует к положительным результатам.

3. Метод лечения репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные результаты у 88,8% больных. У единичных больных возможно расстройство питания головки бедренной кости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Басков В.Е. Результат лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. — 2014. — Т. 2. — № 3. — С. 14–17.

2. Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., Ахтамов, А. А., & Холбеков, Т. Б. (2019). Результаты ранней диагностики врожденной дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста. In *Молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 380-381).

3. Кадыров С.С. Наш взгляд на выбор тактики хирургического лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости // *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. Vol 8. Supplement. 2020 С. 22-24.

4. Тураев, Б. Т., Эранов, Н. Ф., Эранов, Ш. Н., & Жураев, И. Г. (2021). Опыт использования реконструктивных пластинок и шурупов при осколочном раздробленном переломе дистального конца плечевой кости. *Re-health journal*, (1 (9)), 177-180.

5. Тураев, Б., Эранов, Н., Эранов, Ш., & Гафуров, Ф. (2018). Эффективности использования при осколочном раздробленном переломе дистального конца плечевой кости с помощью. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (4 (104)), 113-114.

6. Уринбаев П. У., Эранов Н. Ф. Хирургическое лечение застарелого передне-медиального вывиха головки лучевой кости у детей // *Журнал Проблема биологии и медицины*. — 2017. — №. 2. — С. 153-155.

7. Уринбаев, П. У., Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., & Жураев, И. Г. (2019). Оперативное лечение оскольчатых, внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости. *Том-1*, 408.
8. Уринбаев, П. У., Эранов, Ш. Н., Эшкobilов, Т. Ж., & Эранов, Н. Ф. Морфологическое обоснование капсулопластики кольцевидной связки при застарелых передне-медиальных вывихах головки лучевой кости у детей. *Журнал биомедицины и практики*, 2022. 7(4).
9. Ходжанов, И. Ю., Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., Ахмедов, М. А. Ошиқ-болдир бўғими бойламларининг жароҳатларида ультратовуш текшириш натижалари //Биология. – 2022. – №. 5. – С. 139.
10. Эранов Н. Ф., Уралов Ш. М. Профилактика и раннее лечение плоскостопия у детей //Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. Ташкент. – 2015. – С. 309-310.
11. Эранов Ш. Н., Эранов Н. Ф. Наш опыт хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей //Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2016. – №. 3. – С. 45-48.
12. Эранов Ш.Н., Пардаев С.Н., Жураев И.Г., Шопулатов И.Б., Холхужаев Ф.И. К вопросу хирургического лечения застарелого вывиха головки лучевой кости у детей // Вопросы науки и образования. 2019. №26 (75).
13. Abualievich, G. F., Khojanov, I. Y., Eranov, S. N., & Mukhammadiev, E. R. (2022). Current understanding of the treatment of patients with injuries of the intertrochanteric syndesmosis (literature review). *World Bulletin of Public Health*, 6, 54-58.
14. Bellemore J.M., Carpenter E.C., Yu N.Yu., Birke J., Little D.G. // J. Pediatr.Orthop. 2016. Vol 36, №6. P. 651-655.
15. Gafurov F. A. Eranov Sh. N., Ahtamov AA, Holbekov TB Results of early diagnosis of congenital hip dysplasia in newborns and infants //Youth and medical science in the XXI century. – 2019. – С. 380-381.
16. Ibrahimov, S. Y., Eranov, S. N., Mukhammadiev, E. R., Meliboyev, A. E., Gafurov, F. A., & Juraev, I. G. Triple Pelvic Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation of the Hip in Children. *JournalNX*, 7(03), 1-4.