

Современные подходы к хирургическому лечению патологии тазобедренного сустава у детей

Кожевников О.В., Кралина С.Э., Грибова И.В.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Доля пациентов с патологией тазобедренного сустава в структуре заболеваемости опорно-двигательного аппарата у детей очень высока. Проведение своевременного и адекватного лечения этих заболеваний с предотвращением прогрессирования процесса и восстановлением нормальной анатомии является обязательным условием восстановления функции сустава и залогом профилактики развития раннего коксартроза.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения детей с патологией тазобедренного сустава, у которых предоперационную подготовку оптимизировали за счет использования комплекса современных методов диагностики.

Пациенты и методы. За последние 10 лет (2012–2021 гг.) в отделении детской ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» проведено лечение 1215 пациентов с заболеваниями тазобедренных суставов в возрасте от 5 мес до 18 лет. Распределение пациентов по заболеваниям следующее: врожденный вывих бедра — 873 пациента, болезнь Легга – Кальве – Пертеса — 117, юношеский эпифизеолиз головки бедра — 34, последствия инфекционного поражения тазобедренного сустава — 55, асептический некроз головки бедра — 56, врожденная варусная деформация шейки бедра — 5, поражение тазобедренного сустава при наследственных системных заболеваниях (артрогрипоз, синдром Ларсена, синдром Прадера – Вилли, синдром Билса, синдром Марфана, и др.) — 69, другие — 6.

С целью интерпретации состояния тазобедренных суставов применялись следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, компьютерная томография. На основании проведенных обследований определялась тактика хирургического лечения. В большинстве случаев из-за выраженных патологических изменений тазобедренного сустава пациентам было показано проведение нескольких видов реконструктивных вмешательств в разном их сочетании. В каждом конкретном случае выстраивался наиболее рациональный план оперативного лечения, при этом учитывались многочисленные факторы, такие как обще- и психосоматическое состояние ребенка, наличие сопутствующей патологии, реабилитационный потенциал и др. В некоторых случаях, оценив все составляющие, находили возможным проведение комплексного оперативного лечения с необходимым количеством этапов. Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: открытое вправление головки бедра во впадину (в ряде случаев

с моделирующей резекцией головки бедра), корригирующие остеотомии проксимального отдела бедренной кости (варизирующие, вальгизирующие, деторсионные, укорачивающие, передне-ротационные), остеотомия таза по Солтеру, тройная остеотомия таза с транспозицией вертлужной впадины, остеотомия таза в сочетании с ацетабулопластикой, резекция с транспозицией большого вертела, декомпрессия сустава в системе демпферной разгрузки, эпифизиодез головки бедра винтами, использование дистракционного спице-стержневого аппарата «таз – бедро», контролируемое блокирование зон роста (гемиепифизиодез).

Результаты. Оценка функционального состояния нижней конечности до и после лечения проводилась на основании интегральной системы оценки функции нижней конечности. Сроки наблюдения составили от 1 года до 9 лет. Полная компенсация функции тазобедренного сустава достигнута у 85% пациентов, субкомпенсация функции — у 10%. По всем показателям был отмечен прирост, выявлены значительные положительные сдвиги при выполнении функциональных тестов и заданий, уменьшились или исчезли боли в суставе, улучшилась походка; на рентгенограммах — улучшилась конгруэнтность суставных поверхностей, прогрессирования дегенеративно-дистрофических проявлений не выявлено. У пациентов с признаками ювенильного коксартроза произошел регресс костных кист, снизилась зона распространенности субхондрального склероза. В группу декомпенсации функции по результатам тестов отнесено 5% пациентов. Ее составили дети с недостаточным сроком реабилитации (около 1 года после операции), у которых сохранялись ограничения амплитуды движений в суставе, укорочение конечности. В ряде случаев отмечались признаки дистрофических процессов в головке бедра.

Заключение. Многолетний опыт лечения детей разных возрастных групп с патологией тазобедренного сустава позволил нам разработать комплекс последовательного этапного лечения, обеспечивающий благоприятные отдаленные результаты. В основу лечения положены отказ от грубых одномоментных манипуляций и как можно более раннее устранение нестабильности тазобедренного сустава. Использование современных методов диагностики, составление хирургического лечения, владение техникой оперативных вмешательств, а также наличие адекватных средств остеосинтеза обеспечивает достижение хороших отдаленных анатомо-рентгенологических результатов.