

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО (СПОНТАННОГО) ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Лопатнёв В.Е., **Шмаков А.П.

*УЗ «Витебский областной детский клинический центр»,
**УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

Витебск, Беларусь

6116000@tut.by, shmakov48@mail.ru

Проанализированы результаты хирургического лечения пациентов детского возраста с 2003 по 2021г. с диагнозом юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК), произведён сравнительный анализ применяемых техник оперативного лечения.

Ключевые слова: юношеский эпифизеолиз, спонтанный эпифизеолиз, одномоментная репозиция, остеосинтез канюлированным винтом.

SURGICAL TREATMENT OF YOUTH (SPONTAN) EPIPHYSEOLYSIS OF THE FEMORAL HEAD

*Lopatniou V.E., **Shmakov A.P.

**Vitebsk State Medical University

Vitebsk, Belarus

The results of surgical treatment of pediatric patients from 2003 to 2021 were analyzed. diagnosed with juvenile epiphyseolysis of the femoral head, a comparative analysis of the applied techniques of surgical treatment was carried out.

Key words: juvenile epiphysiolysis, spontaneous epiphysiolysis, one-stage reduction, osteosynthesis with a cannulated screw.

Определение. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости - приобретенное дегенеративно-дистрофическое заболевание с локализацией в проксимальном отделе бедренной кости, которое характеризуется длительностью течения, стандартным проградцентным смещением головки бедренной кости по линии ростковой зоны вниз и кзади, выраженным нарушением походки, болевым синдромом.

Актуальность. По данным разных авторов, юношеский эпифизеолиз составляет 3-16% среди причин всех варусных деформаций проксимального отдела бедренной кости.

По данным гормонального исследования пациентов с ЮЭГБК в крови установлено повышение уровня кортизола, паратгормона, снижение уровня соматотропного гормона, альдостерона. Данные этого исследования указывают на то, что в основе этиопатогенеза ЮЭГБК лежат нарушения функции гипофиза и надпочечников — главных регуляторов обмена веществ в костной ткани. Увеличение количества гормона роста, приводит к неравномерной пролиферации хрящевых клеток ростковой пластинки, что расширяет и ослабляет параэпифизарную зону.

Диагностика эпифизеолиза. Общие принципы:

1) Клинические признаки, 2) рентгенологическое исследование, 3) УЗИ, 4)КТ, 5)МРТ.

Эпифизеолиз головки бедра разделяют по степеням тяжести:

- I степень (легкая) — смещение шейки на 1/3 относительно поперечника головки бедра или отклонение шеечно-эпифизарного угла на профильной рентгенограмме до 30°;
- II степень (средняя) — наполовину или на 30—50°;
- III степень (тяжёлая) — более чем наполовину или более чем на 50°.

Рентгенологические признаки.

Минимальный сдвиг проявляется отсутствием выступа над верхней частью шейки и головки. В этом случае линия Клейна (Klein) проводимая по верхней поверхности шейки бедра проходит скорее над головкой, чем через неё. На передне-верхнем крае шейки в месте соединения с эпифизом образуется выступ, который ограничивает приведение и внутреннюю ротацию бедра.

КТ-исследование и МРТ: имеет ценность в диагностике и дифдиагностике ранних стадий эпифизеолиза; позволяет точно определить степень и направленность смещения; в тяжёлых случаях позволяет в ранние сроки диагностировать аваскулярный некроз головки бедра.

Радионуклидное исследование позволяет прогнозировать жизнеспособность головки бедра.

Лечение. Принципы консервативного лечения: начинается сразу после постановки диагноза; пациенту показан постельный режим, исключается нагрузка на повреждённый сустав; осуществляют осторожное вытяжение по оси бедра в положении сгибания, отведения и внутренней ротации. Улучшение ожидается через 4-6 недель с уходом боли и других симптомов. Чрезмерное отведение при тракции может привести к аваскулярному некрозу головки бедра.

Скелетное вытяжение.

При эпифизеолизе головки применяют скелетное вытяжение на шине Белера вдоль оси бедренной кости с максимальным отведением ноги. Можно добавлять небольшой элемент внутренней ротации. Спицу Киршнера проводят через дистальный метафиз бедренной кости проксимальнее зоны роста. Скелетное вытяжение продолжают до 2 месяцев, затем рекомендуется ходьба без нагрузки на ногу еще 1-1.5 месяца.

Хирургическое лечение

Принципы: иммобилизовать с целью предотвратить дальнейшее соскальзывание головки; уменьшить смещение; способствовать более раннему закрытию эпифизарной зоны роста; увеличить объём движений; уменьшить боль; предотвратить осложнения.

Методы хирургического лечения:

1. чрескожный остеосинтез;
2. открытое вправление;
3. эпифизодез;
4. остеотомия;
5. реконструктивные операции.

Цель исследования: оценить преимущества и изучить отдалённые результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза спицами, аллоштифтом или канюлированным винтом.

Методы исследования: в отделении травматологии и ортопедии УЗ «Витебский областной детский клинический центр» с 2003 по 2021г. на лечении находились 26 ребенок в возрасте от 7 до 15 лет. Из них было 17 мальчиков и 9 девочек. У 10 детей процесс был левосторонним, у 15 правосторонним, у 1 ребенка двухсторонним. К моменту госпитализации в отделение срок от начала заболевания составлял от 2 недель до 13 месяцев. По течению острый эпифизеоз был у 7 (27%) детей, хронический у 19 (73%).

Жалобы на боль в области тазобедренного сустава на стороне поражения отмечены у 20 (76,9%), в бедре у 5 (19,2%), в бедре и коленном суставе у 1 ребенка (4,2%). При объективном осмотре болезненность при пальпации в области пораженного сустава отмечена у 12 (46,1%), укорочение конечности до 2 см. выявлено у 6 (23%) подростков. Болезненная осевая нагрузка определялась у 24 (92,3%) пациентов. Хромота и ограничение движений в тазобедренном суставе отмечены у всех пациентов.

Рентгенологически смещение эпифиза кзади выявлено: первой степени – 11 (42,3%), второй степени – 9 (34,6%), третьей степени – 6 (23%) пациента.

Все пациенты оперированы, при смещении эпифиза 1-3 степени (26 пациента) производилась закрытая ручная репозиция эпифиза головки бедра: ротационные движения бедра внутрь при сгибании в тазобедренном суставе под углом 90°. После рентгенологического подтверждения устранения смещения эпифиза производилась фиксация эпифиза пучком спиц - 10 детей, либо выполнялся эпифизеодез аллоштитом - 5 подростков.

С 2012г. всем поступившим, (11 пациентов) выполнена фиксация канюлированным винтом (12 операций), под интраоперационным рентгенологическим контролем. Одна пациентка оперирована с 2-х сторон, с разницей в 1 год 3 месяца.

Послеоперационный период: после операции на конечность накладывали деротационный гипсовый сапог до верхней трети голени. С 3 дня назначали ЛФК для коленного сустава.

Реабилитация: через 1 месяц снимали гипс, больные начинали ходить с помощью костылей без нагрузки на больную ногу и направлялись на амбулаторное лечение. Через 8-12 месяцев, после рентгенологического подтверждения сращения эпифиза головки бедра, разрешали дозированную нагрузку на ногу. Металлоконструкции удаляли через 12-18 месяцев после закрытия зоны роста.

Осложнения: асептический некроз головки бедра у 1 пациента (пациент К, 14 лет).

Результаты и обсуждение. Применение данной методики оперативного лечения ЮЭГБК позволяет достигнуть репозиции эпифиза головки бедра и полного синостозирования у всех оперированных подростков.

При фиксации канюлированным винтом время операции сократилось до 30-40 минут, вмешательства производились из минидоступа, что улучшило течение послеоперационного периода и дало хороший косметический результат.

Время наблюдения составило от 1 до 14 лет. Результаты лечения у 25 пациентов хорошие. Отсутствуют боль в суставе и хромота, имеется

правильная установка конечности и нормальная походка. Осложнение в виде асептического некроза головки бедренной кости отмечалось у 1 пациента.

Выводы

1. Интраоперационная закрытая репозиция головки бедра позволяет устранить любую степень смещения, является методом выбора при устранении как острого, так и хронического смещения.

2. Наиболее оптимальным способом фиксации эпифиза является фиксация канюлированным винтом.

3. Методика позволяет осуществить раннюю вертикализацию пациентов, сократить время пребывания в стационаре и вернуть детей к активной жизни.

Список литературы

1. Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей / под. ред. Х. З. Гафарова. - Казань, 1995. – С. 245-269.

2. Ортопедия: национальное руководство / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 832 с.

3. Юношеский эпифизолиз головки бедренной кости / А. М. Соколовский, О. А. Соколовский, Р. К. Гольдман // Медицинские новости. - 2006. - № 2. - С. 45-51.