

одной пациентки был получен удовлетворительный результат, в связи с допущением нами интраоперационной ошибки, связанной с оставлением небольших кортикальных фрагментов кости трапеции. Это было связано с техническими сложностями при удалении кости трапеции, что в последующем нами было учтено. Так, во время выполнения данного этапа операции мы сперва остеотомировали кость-трапецию в поперечном направлении, что позволило без затруднения удалять ее целиком.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Mathoulin C, Moreel P, Costa R, Wilson SM / Journal of Hand Surgery – 2008 – Vol. 33. – P. 292.
2. Belcher HJ, Nicholl JE / A comparison of trapeziectomy with and without ligament reconstruction and tendon interposition / Journal of Hand Surgery – 2000 – Vol. 25. – P. 350-356.

## ПРОКСИМАЛЬНАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ВАРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Михович М.С., Гавриленко М.Н., Глазкин Л.С., Романенко С.А.,  
Брецкий К.С.*

УЗ «Могилевская областная детская больница», Беларусь

**Введение.** Остеотомии проксимального отдела бедренной кости играют важную роль в коррекции нарушений развития тазобедренного сустава у детей. В большинстве случаев используется варизирующая остеотомия при развивающихся дисплазиях тазобедренного сустава, болезни Пертеса, ДЦП и др. Существует несколько способов выполнения варизации шейки бедренной кости (1, 3). Основным из них является остеотомия ее в межвертельной или подвертельной области с удалением клиновидного сегмента основанием по медиальной поверхности бедра (opening wedge varus osteotomy). Удаление костного клина по внутренней поверхности бедра с уменьшением шеечно-диафизарного угла (ШДУ) приводит к укорочению бедренной кости, которое может достигать 3 и более сантиметров (5). Это также вызывает ослабление функции отводящих мышц и проявляется хромотой, перекосом таза, сколиозом поясничного отдела позвоночника. Несколько реже используется латеральная варизирующая остеотомия бедра (closing wedge varus osteotomy). Укорочение бедренной кости при этом способе операции значительно меньше и соответственно отрицательные эффекты укорочения незначительные (5). Однако, по мнению Richard F. Santore (4) при латеральной варизирующей остеотомии требуется более длительное время для сращения. Это связано с наличием клиновидного костного дефекта по наружной поверхности бедренной кости в области остеотомии после коррекции ШДУ (Рис. 1).

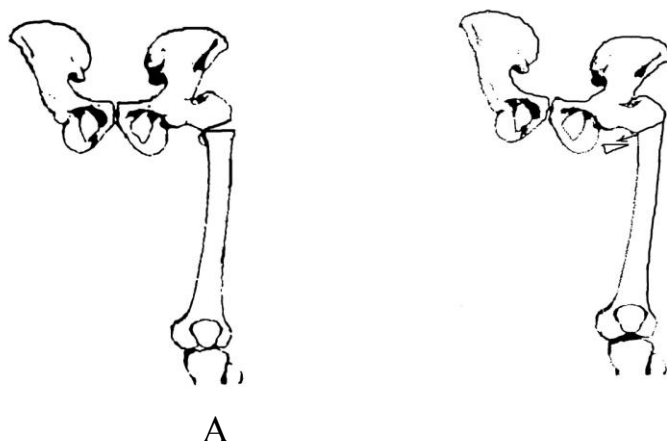


Рисунок 1. – Схемы латеральной (А) и медиальной (Б) варизирующих остеотомий проксимального отдела бедренной кости

Мы используем малотравматичный способ латеральной варизирующей остеотомии бедра с заполнением дефекта кортикальным или кортикально-губчатым клиновидным аллотрансплантатом.

**Цель исследования:** обосновать возможности расширения показаний к латеральным варизирующим остеотомиям бедренной кости при болезни Пертеса и вальгусных деформациях шейки бедра.

**Материалы и методы.** В течение 2011-2015 лет в детском травматолого-ортопедическом отделении выполнена 31 корригирующая остеотомия проксимального отдела бедренной кости. Из них латеральная варизирующая остеотомия применялась в 10 случаях у 9 детей. Из них при болезни Пертеса-6, вальгусных деформациях шейки бедра у детей с развивающимися дисплазиями тазобедренного сустава и ДЦП – 4.

**Методика операции.** Продольным наружным разрезом с частичной отслойкой надкостницы по наружной, передней и задней поверхностям обнажалась проксимальная часть бедренной кости на уровне малого вертела. Осциллирующей пилой выполнялась поперечная остеотомия кости на планируемом уровне, при чем, внутренняя кортикальная стенка бедренной кости не пересекалась. Коррекция ШДУ выполнялась разведением фрагментов под углом с основанием по наружной поверхности. Степень необходимой коррекции определялась по рентгенограммам до операции путем измерения высоты основания клина. Внутренняя стенка бедренной кости при этом надламывалась, смещения отломков по ширине и длине не наблюдалось. Клиновидный дефект заполнялся кортикальным аллотрансплантатом с последующей фиксацией фрагментов Г-образной или продольной пластиной с винтами. Стояние фрагментов и коррекция ШДУ определялась контрольной рентгенограммой на операционном столе. ШДУ восстанавливался до 120-125 градусов. Гипсовая повязка не накладывалась. В послеоперационном периоде ребенок ходил с костылями без нагрузки на оперированную ногу. Нагрузка на ногу разрешалась при полной консолидации фрагментов и в зависимости от

характера патологии. При болезни Пертеса ходьба с костылями продолжалась до восстановления нормальной структуры головки бедренной кости.

**Результаты и обсуждение.** Результаты лечения изучены нами у всех детей с латеральными варизирующими остеотомиями бедренной кости в сроки от 1 до 5 лет. За всеми пациентами проводилось динамическое наблюдение. Рентгенография выполнялась каждые три месяца у детей с болезнью Пертеса до восстановления головки бедренной кости и каждые 6 мес. при другой патологии. Металлические конструкции удалялись через год. При клиническом обследовании измерялась длина нижних конечностей, объем движений в тазобедренных суставах, симптом Тренделенбурга, симметрия таза, наличие сколиоза. Во всех случаях получены хорошие результаты. Среднее укорочение оперированного бедра было 1,2 см. Нарушение походки, наблюдаемое нами в первые месяцы после начала ходьбы, постепенно исчезало. Тонус отводящих мышц восстанавливался через 3-4 мес. Ограничений объема движений в суставах не было. Через 4-6 месяцев наблюдалась легкая асимметрия таза и симптоматический поясничный сколиоз легкой степени на стороне операции. Анализ рентгенограмм показал, что средние сроки сращения фрагментов бедра при использовании аллотрансплантатов не увеличивались. Полное рассасывание кортикальной аллокости наблюдалось от 1 года до 4-х лет.



Рисунок 2. – Фоторентгенограммы пациента Г. 6,5 лет с болезнью Пертеса справа до и после латеральной варизирующей остеотомии бедра



Рисунок 3. – Фоторентгенограммы пациента Г. 9 лет с болезнью Пертеса через 2,5 года после латеральной варизирующей остеотомии бедра

**Выводы.** На основании нашего небольшого опыта и обзора литературы по использованию проксимальных варизирующих остеотомий бедренной кости мы считаем, что данный вид остеотомии должен применяться чаще при

односторонней патологии тазобедренного сустава. Предлагаемую нами методику особенно рационально использовать при отсутствии торсионных деформаций проксимального отдела бедра, когда варизация шейки бедра осуществляется легко и быстро без мобилизации фрагментов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Axer A., Gershuni D.H., Hendel D., Mirovski Y., Indications for femoral osteotomy in Legg-Calve-Perthes disease. Clin Orthop 1980; 150:78-87
2. Louahem D., Assi C., Cottalorda J. Proximal femoral osteotomies in children. Orthop. and Traumat.: Surg. and Res. 2013; 171-186
3. Richard F. Santore, M.D., Stephen R. Kantor, M.D. Intertrochanteric femoral osteotomies for developmental and posttraumatic conditions. J. Bone Joint Surg 86-A. 2004; 2542-2553
4. Williams P., F.R.C.S., Caroline Stewart, Ph.D., Tanya Dawson, Ph.D., and Andrew Roberts, F.R.C.S. A comparison of the biomechanical effects of opening and closing wedge osteotomies in Perthes disease. J. Pediatr. Orthop B 2002; 11: 229-235
5. Соколовский О.А. Дисплазия тазобедренного сустава у подростков. - Минск, 2003.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ШВА АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПОД УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

*Попок С.А.<sup>1</sup>, Герасименко М.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УЗ «6-я ГКБ г. Минска», Беларусь

<sup>2</sup>Белорусская академия последиplomного образования, г. Минск

**Введение.** Разрывы ахиллова сухожилия являются частой травмой: его повреждения, среди всех разрывов сухожилий и мышц, составляет до 47%. По данным зарубежных авторов частота повреждений ахиллова сухожилия варьирует от 5,5 до 18 случаев на 100 тыс. населения в год.<sup>1</sup> Большая часть разрывов происходит во время занятий любительским спортом (до 70-90% случаев). Около 5% всех пострадавших составляют спортсмены – профессионалы.<sup>2</sup>

Для лечения свежих разрывов ахиллова сухожилия применяют различные методы. Консервативное лечение подразумевает иммобилизацию в эквинусном положении на период от 6 до 8 недель.<sup>3</sup> Это исключает вероятность хирургических осложнений, однако может приводить к удлинению сухожилия с уменьшением силы икроножной мышцы и риском повторного разрыва до 20%.<sup>3,4</sup> В большинстве исследований доказано, что оперативное лечение, значительно снижает риск повторного разрыва и позволяет в более короткие сроки возвратиться к привычному образу жизни.<sup>3,4</sup> Однако, необходимо отметить, что открытое хирургическое вмешательство сопряжено с высоким риском осложнений (11-29%), особенно относительно заживления раны (некроз, инфекция, спаечный процесс и рубцевание). Чрескожный метод шва ахиллова сухожилия, описанный Ma & Griffith и Bradley & Tibone, позволяет избежать большей части недостатков открытого метода, но при этом качество восстановления сухожилия не гарантировано. По данным ряда авторов, применение эндоскопического контроля снижает частоту повторных разрывов