

двигательную активность ребенка, устранить тяжелые контрактуры суставов и обеспечить адекватный уход за ним как в ближайшем, так и в отдаленном периоде наблюдения.

С большой внимательностью следует подходить к выбору методики оперативного лечения, особенно при коррекции эквинусной деформации.

Литература:

1. O'Shea TM. Diagnosis, treatment, and prevention of cerebral palsy // Clin Obstet Gynecol. – 2008. – N51(4). – P.816-844.
2. Little WJ. Hospital for the Cure of Deformities: course of lectures on the deformities of the human frame // Lancet. – 1843. – N41. – P. 350–354.
3. Norlin R., Tkaczuk H. One-session surgery for correction of lower extremity deformities in children with cerebral palsy // J Pediatr Orthop. – 1985. – N5. – P. 208–219.
4. Rang M. Cerebral palsy // Morrissy R, editor. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics. 3rd edn. – Philadelphia: JB Lippincott Co. – 1990. – P. 465–506.
5. McGinley JL et al. Single-event multilevel surgery for children with cerebral palsy: a systematic review // Dev Med Child Neurol. – 2012. – N54(2). – P. 117-145.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТРОЙНОЙ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА НА КОСТНОЕ ПОКРЫТИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

**Деменцов А. Б., Герасименко М. А., Эйсмонт О. Л., Линов А. Л.
Соколовский О. А., Сердюченко С. Н., Аносов В. С., Климов Р. В.,
Малюк Б. В., Залепугин С. Д., Чумбуридзе Г. Д.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и
ортопедии», Минск, Беларусь

При тяжелых формах болезни Пертеса, которые встречаются примерно у 50-75% пациентов, уже на ранних стадиях патологии часто возникает подвывих бедра. При неправильном и несвоевременном лечении формируется дисконгруэнтный тазобедренный сустав, что приводит к раннему коксартрозу. Общеизвестно, что в основе лечения неблагоприятных форм болезни Пертеса лежит принцип «перманентного матричного моделирования».

Важен выбор правильного метода лечения для снижения инвалидизирующих последствий болезни, с учетом её различных рентгенометрических параметров.

Показателями, наиболее наглядно демонстрирующими степень латерального костного покрытия головки бедра вертлужной впадиной, являются угол Виберга и индекс «впадина-головка».

Наиболее обоснованной и эффективной операцией, позволяющей не только достичь центрации и адекватного покрытия головки бедра впадиной, но и избежать проблем, присущих деторсионной или деторсионно-варизирующей остеотомии, является тройная остеотомия таза [Kumar D. и др., 2002; Wenger, D. и др., 2010].

Цель. Изучение влияния тройной остеотомии таза и консервативного лечения при тяжелых формах болезни Пертеса на угол Виберга и индекс «впадина-головка».

Материалы и методы исследования. С целью восстановления анатомии тазобедренного сустава нами у 58 пациентов было выполнено 60 тройных остеотомий таза (в двух случаях заболевание было двухсторонним). Эти пациенты составили группу оперированных больных. Также под нашим наблюдением находилось 20 детей с неблагоприятными признаками течения болезни, лечившихся консервативным путем в других медицинских учреждениях, которым оперативное вмешательство по различным причинам не было осуществлено. Группы по основным параметрам статистически сравнимы. В группах исследовали угол Виберга и индекс впадина-головка до начала лечения и через 3 года после лечения.

Статистический анализ полученных данных был осуществлен при помощи методов описательной статистики. Значимость различия между группами для таких количественных показателей, как угол Виберга и индекс впадина-головка, оценивалась непараметрическим методом – тест Mann-Whitney U, так как контрольная группа была небольшой. Количественные показатели представлены в виде среднего значения $\pm$ стандартное отклонение. Уровень статистической значимости исследования был нами определен как $p < 0,05$. Статистическая обработка проведена в программе Statistica 6.

Результаты. В одной и во второй группе на момент постановки диагноза и начала лечения имелось уменьшение угла Виберга, причем в группе оперированных больных его значение в среднем

составляло $5,1 \pm 6,8^\circ$. В контрольной группе угол Виберга до начала лечения был больше (Mann-Whitney U тест $p=0,000001$) и в среднем его величина составила $17,1 \pm 7,67^\circ$. В группе оперированных больных величина индекса впадина-головка составила $65,2 \pm 8,3\%$, что было меньше (Mann-Whitney U тест $p=0,000012$), чем в контрольной группе – $78 \pm 10,31\%$.

На основании чего можно сделать вывод, что при тяжелых формах болезни Пертеса уже на ранних стадиях заболевания имеет место прогрессирующее ухудшение «охвата» головки бедра вертлужной впадиной. Как видно из полученных данных среднее значение как в одной, так и во второй группе пациентов по углу Виберга было менее 20° , по индексу впадина-головка – менее 80% . Таким образом, показанием к оперативному лечению можно считать формирование латерального подвывиха головки бедренной кости, что сопровождается ухудшением стабильности сустава с уменьшением угла Виберга ниже 20° и коэффициента впадина-головка ниже 80% .

Использование тройной остеотомии таза при тяжелых формах течения болезни Пертеса является биомеханически обоснованным вмешательством. Операция создает центрацию головки бедренной кости во впадине, восстанавливает стабильность сустава и не ведет к нарушению геометрии проксимального отдела бедренной кости. Методика тройной остеотомии таза, по сравнению с «западными» аналогами, имеет ряд существенных преимуществ: один доступ, щадящее отношение к мягким тканям, параацетабулярное рассечение костей таза, меньшая травматичность вмешательства, высокая мобильность ацетабулярного фрагмента, свобода его реориентации и прочность фиксации.

Следует отметить, что угол Виберга через три года после вмешательства в среднем составил $36,9 \pm 7,1^\circ$ и был намного лучше (Mann-Whitney U тест $p=0$), чем у пациентов, получавших консервативное лечение, где его средняя величина была $13,2 \pm 8,5^\circ$. Среднее значение индекса впадина-головка в группе оперированных пациентов было значительно лучше (Mann-Whitney U тест $p=0$) и через три года составило $99,1 \pm 8,04\%$. А в группе пациентов, получавших консервативное лечение, данный показатель составил $73,5 \pm 5,7\%$.

Выводы. Применение тройной остеотомии таза при лечении пациентов с тяжелыми формами течения Пертеса ведет к улучшению степени латерального костного покрытия головки бедра вертлужной

впадиной, проявлением чего является увеличение значений угла Виберга и индекса «впадина-головка». У пациентов, получавших консервативное лечение, отмечена отрицательная динамика по вышеперечисленным параметрам.

Тройная остеотомия таза является операцией выбора при тяжелых формах течения болезни Пертеса.

МЕТОД НАПРАВЛЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗОНУ РОСТА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЛИННЫХ КАНЮЛИРОВАННЫХ ВИНТОВ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

**Деменцов А. Б., Герасименко М. А., Эйсмонт О. Л., Линов А. Л.
Соколовский О. А., Сердюченко С. Н., Климов Р. В., Малюк Б. В.,
Залепугин С. Д., Аносов В. С., Чумбуридзе Г. Д.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», Минск, Беларусь

Дисплазия тазобедренного сустава – это врождённое нарушение всех структур сустава, обусловленное его неправильным развитием в процессе пре- и постнатального онтогенеза, которое приводит к подвывиху или вывиху головки бедренной кости. В настоящее время отечественные ортопеды, как и ортопеды Западной Европы и США, применяют собирательный термин – developmental dysplasia of the hip (развивающаяся или прогрессирующая дисплазия тазобедренного сустава), понимая под этим не только вывих, но и предвывих и подвывих в тазобедренном суставе. Дисплазия тазобедренного сустава приводит к раннему деформирующему артрозу (Cooperman D. и др., 1980; Kim H. и др., 2000; Herring J., 2014), как в самом суставе, так и в смежных суставах поражённой и противоположной конечности и позвоночника, что приводит к значительной потере качества жизни человека. Поэтому проблема лечения дисплазии тазобедренного сустава имеет как выраженное медицинское, так и социальное значение.