СПОРЫ В ПОКАЗАНИЯХ К РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

Чилимцев А.М.[1], Соколовский О.А.[2], Сычевский Л.З.[1]

[1]Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

[2]Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, Минск, Беларусь

Введение. Вывих бедра – распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата, которое может приводить к боли и снижению функциональности у пациентов с церебральным параличом (ЦП) [1]. Цель реконструктивных вмешательств заключается в хирургическом изменении формы вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости для увеличения стабильности тазобедренного сустава [2]. Процент миграции (ПМ) Реймерса является наиболее распространенным инструментом наблюдения, однако определение показаний к реконструкции вариабельно.

Цель. Облегчить определение тактики лечения для улучшения долгосрочного здоровья и функционального состояния детей со спастическим вывихом бедра.

Методы исследования. Проведен систематический обзор исследований, посвященных определению тактики лечения спастического вывиха бедра у детей с ДЦП.

Результаты и их обсуждение. Количественная оценка латерального смещения головки бедренной кости, известная как процент миграции Реймерса (ПМ), является фундаментальным рентгенологическим параметром в ведении пациентов с нейрогенной патологией тазобедренного сустава. Данный показатель рассчитывается на переднезадней рентгенограмме таза как отношение ширины части головки бедренной кости, расположенной латеральнее линии Перкина, к максимальной ширине головки, выраженное в процентах. Пионерская работа Reimers заложила основу для использования этого индекса, установив диагностические пороги: подвывих соответствует ПМ>33%, тогда как вывих констатируется при ПМ=100% [1].

Значение индекса миграции выходит за рамки диагностики, выступая в качестве предиктора прогредиентного течения. В частности, Pountney и соавт. [3, с. 1] показали, что даже умеренное увеличение показателя (ПМ>7%) ассоциировано с риском дальнейшего прогрессирующего смещения головки, что подчеркивает необходимость динамического наблюдения [3, с. 1]. В более широком контексте Miller и Bagg [2] предложили градацию степени тяжести, согласно которой нормальным считается ПМ <30%, подвывихом – 30-59%, тяжелым подвывихом – 60-89%, а вывихом – ПМ≥90% [2]. Кроме того, эти же авторы акцентируют внимание на возрастной динамике: у детей с ПМ<50%

Репозиторий ГрГМУ

возможно спонтанное вправление или стабилизация без прогрессии, тогда как ПМ >50% является маркером высокого риска эволюции подвывиха в вывих [2].

Тактические подходы к хирургической коррекции напрямую зависят от величины индекса миграции. Согласно данным Reimers [1], релиз мягких тканей показан при ПМ>25-30% у детей младше 5 лет, особенно в сочетании с ограничением отведения бедра менее 30° [1]. При тяжелом подвывихе (ПМ 60-89%) или вывихе стандартом является выполнение остеотомии бедренной кости, при этом вопрос о необходимости сочетанной остеотомии таза остается дискутабельным. В ситуациях, когда реконструктивные вмешательства неэффективны или имеются дегенеративные изменения, рассматриваются паллиативные операции. Следует отметить, что разнообразие хирургических стратегий, особенно при высоком ПМ в сочетании с низким ацетабулярным индексом (<30°), не позволяет сформировать единый алгоритм. Изолированная остеотомия бедренной кости (в комбинации с релизом мягких тканей) не устраняет спастический мышечный компонент, что сохраняет риск рецидива вывиха, поскольку стабилизация за счет варизации и деротации бедра имеет ограничения [1].

Важно подчеркнуть, что проблема дисплазии и вывиха бедра у детей с церебральным параличом остается актуальной в современной ортопедии. Согласно эпидемиологическим данным, приведенным Wordie и соавт., частота данной патологии в популяции пациентов с ДЦП в Шотландии составляет значимую долю, что требует разработки эффективных стратегий скрининга и лечения [4, с. 276]. В комплексном обзоре Al-Rumaih и соавт. подтверждается, что раннее выявление повышенного индекса миграции с последующей своевременной коррекцией позволяет улучшить функциональные исходы и предотвратить необратимые изменения сустава [5, с. 449]. Тем не менее, выбор оптимального метода реконструкции, особенно у пациентов с пограничными значениями ацетабулярного индекса, продолжает оставаться предметом научных дискуссий, что требует дальнейших проспективных исследований для уточнения показаний к различным типам остеотомий.

Выводы. С учетом различных точек зрения необходимо, чтобы определение тактики в реконструкции тазобедренного сустава требовало анатомической валидации. Решения о выборе того или иного метода лечения должны исходить индивидуально, учитывая клиническое состояние пациента, оценивая травматичность планируемого оперативного вмешательства и реабилитационный потенциал ребенка. Наиболее обоснованным является реконструкция тазобедренного сустава при ИМ более 30% методом укорачивающей деротационно-варизирующей остеотомии таза в сочетании с остеотомией таза, отдавая предпочтение малоинвазивным методикам. В случае возникновения показаний для реконструкции тазобедренного сустава необходимо достигать гиперкоррекции в остеотомии таза, даже при корректном ацетабулярном индексе.

Репозиторий ГрГМУ

ЛИТЕРАТУРА

1. Hip displacement and dislocation in a total population of children with cerebral palsy in Scotland / S. J. Wordie, J. E. Robb, G. Hägglund [et al.] // Bone Joint J. – 2020. – Vol. 102, № 3. – P. 383-387.

2. Al-Rumaih, M. H. Current Concept and Management of Spastic Hip in Children: A Narrative Review / M. H. Al-Rumaih, M. W. Camp, U. G. Narayanan // Cureus. – 2023. – Vol. 15, № 8. – P. 1-5. – doi: 10.7759/cureus.43347.

3. Reimers, J. The stability of the hip in children. A radiological study of the results of muscle surgery in cerebral palsy / J. Reimers // Acta Orthop Scand Suppl. – 1980. – Vol. 184. – P. 1-100.

4. Pountney, T. M. A. Repeatability and limits of agreement in hip migration percentage in children with bilateral cerebral palsy / T. M. A. Pountney, A. Mandy, P. R. Gard // Physiotherapy. – 2003. – Vol. 89, № 5. – P. 276-281.

5. Miller, F. Age and migration percentage as risk factors for progression in spastic hip disease / F. Miller, M. R. Bagg // Dev Med Child Neurol. – 1995. – Vol. 37, № 5. – P. 449-455.

РЕЗЕКЦИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО РЯДА КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ С УДЛИННЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКОЙ СТЕНКИ IV ФИБРОЗНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАНАЛА РАЗГИБАТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КИСТЕВОГО СУСТАВА

Чу Шияо, Беспальчук А.П., Беспальчук П.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение. Остеоартроз кистевого сустава – это хроническое дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся поражением суставного хряща костей, формирующих этот сустав. Данная патология часто развивается на фоне хронической ладьевидно-полулунной нестабильности, ложных суставов ладьевидной кости, болезни Кинбека, а также, в результате других патологических состояний, приводящих к перегрузке и дегенерации суставного хряща [1, 2].

Цель. Оценить в сравнении клиническую эффективность лечения пациентов с остеоартрозом кистевого сустава при использовании резекции проксимального ряда костей запястья (РПРКЗ) в случаях применения удлиняющей пластики стенки IV фиброзно-апоневротического канала разгибателей и без нее.

Методы исследования. Проведен ретроспективный сравнительный анализ отдаленных результатов лечения 95 пациентов (2016-2025 гг., Республиканский центр хирургии кисти) которым в первой группе на ряду с РПРКЗ выполнили удлиняющую пластику стенки IV фиброзно-апоневротического канала разгибателей – 35 случаев; во второй группе – использовали РПРКЗ по общепринятой методике – 60 наблюдений. Также

Репозиторий ГрГМУ