

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Упениекс Я.^{1,2}, Андерсоне Л.³, Стирбовича И.¹, Микитинс А.¹,
Виксне А.^{1,2}

¹Детская клиническая университетская больница, Рига, Латвия

²Кафедра детской хирургии Рижского университета
им. Страдиня, Латвия

³Резидентура травматологии-ортопедии,
Латвийский университет, Латвия

Введение. Остеоэпифизеолиз головки бедренной кости (ОГБК) является одной из самых распространённых проблем тазобедренного сустава в подростковом возрасте. Внутренняя фиксация *in situ* – это метод – «золотой стандарт» лечения, хотя используют также множество других альтернатив. Важным критерием результата является время хирургического вмешательства. Часто встречается распространённость заболевания в обоих тазобедренных суставах. Профилактическая фиксация нетронутого сустава до сих пор является объектом дискуссий.

Цель – провести анализ эпидемиологических факторов и возможных факторов риска развития ОГБК, а также применённых методов лечения.

Материал и методы исследования. Медицинская документация и рентгенограммы 69 пациентов с ОГБК в период времени с 2005 по 2013 гг. подверглись анализу – возраст и пол пациентов, сторона болезни, состояние противоположенного сустава, форма болезни, метод фиксации и время оперативного лечения с момента поступления в стационар.

Результаты и их обсуждение. Были проанализированы 89 тазобедренных сустава у 69 пациентов, из них 59,4% (n=41) мальчиков и 40,6% (n=28) девочек. Средний возраст манифестации составлял 12,0±1,3 лет для девочек и 13,2±1,5 года для мальчиков, только 2 пациента были моложе 10 лет, а один старше 16. В 29,0% (n=20) случаев был диагностирован ОГБК обеих сторон (28,6% девочек (n=8) и 29,3% мальчиков (n=12), из них 4 мальчикам и 3 девочкам диагноз был поставлен при первой манифестации). Из 89 случаев острая форма встречалась в 16,9% (n=15), хроническая – в 66,2% (n=59), а "острая на хроническом" форма – в 16,9% (n=15). Девочкам хроническая форма ОГБК была диагностирована в 66,7%, острая – в 22,2%, а "острая на хроническом" форма – в 11,1 % случаев. У мальчиков ОГБК чаще всего был хронической формы – 66,0%, острой формы – 13,2%, а "острой на хроническом" формы – в 20,8% случаев. Основным методом хирургического лечения была фиксация одним канулированным шурупом (73,0% (n=65) *in situ*, 5,6% (n=5) – после закрытой репозиции), реже использовалась фиксация двумя шурупами (7,9% (n=7) *in situ*, 12,4% (n=11) – после закрытой репозиции). Хирургическое лечение последова-

ло только в одном случае ОГБК (1,1%). 53,3% острой формы, 89,8% хронической формы и 26,7% "острой на хроническом" формы были фиксированы одним канулированным шурупом *in situ*. В 72,8% случаев хирургическое лечение происходило в течение 24 часов после поступления, 13,6% – были прооперированы через 24–72 часа, а 13,6% – после 72 часов.

Распределение возраста и пола пациентов нашего исследования соответствует данным других авторов. ОГБК в полтора раза чаще встречается у мальчиков, при этом в среднем на 1,2 года позже, чем у девочек. Только два пациента были моложе 10, а один – старше 16 лет, что указывает на характерный возраст манифестации данной патологии. Так как в историях болезни был указан вес ребёнка, но отсутствовал рост, распространённость лишнего веса не подверглась анализу, учитывая неинформативный характер "возраст-вес" перцентилей. Оптимально ассоциацию лишнего веса и ОГБК можно уточнить, определяя индекс массы тела – $\text{вес}/(\text{рост})^2$.

При двухстороннем ОГБК нам не удалось доказать разницу между мальчиками (29,3%) и девочками (28,6%), что вычёркивает пол ребёнка из списка прогностических факторов вовлечения противоположной стороны. Однако вышеупомянутое вовлечение встречается часто (приблизительно у 1/3 пациентов), что актуализирует вопрос о профилактической фиксации противоположной стороны. Но учитывая риск осложнений этих операций, а также то, что 2/3 пациентов эти операции не целесообразны, требуются дополнительные исследования для идентификации прогностических факторов риска, ибо на сей день отсутствуют убедительные доказательства многим из упомянутых в литературе факторов.

В клинической практике нашей больницы в основном используется клиническая классификация – острая, хроническая и "острая на хроническом" форма. Однако не менее важна функциональная классификация – стабильная (пациент может ходить, нагружая больную ногу, с/без костылей) и нестабильная (пациент не может ходить, нагружая больную ногу, даже с костылями) форма ОГБК, так как это помогает при выборе метода лечения и предвидении ожидаемых осложнений (в основном – нарушений кровообращения в тазобедренном суставе, последствием которого может быть аваскулярный некроз головки бедренной кости). Также важно учесть радиологическую классификацию (Southwick/Wilson), что позволяет объективно оценить тяжесть смещения и необходимость в репозиции.

Большинство пациентов было прооперировано в течение 24 часов с момента поступления в больницу, что соответствует мнению многих авторов, которые рекомендуют применить хирургическое лечение по возможности раньше, чтобы предотвратить прогрессию смещения и уменьшить риск осложнений.

Выводы:

1. ОГБК у мальчиков встречается в полтора раза чаще и проявляется на 1,2 года позже, чем у девочек.

2. Возможность заболевания ОГБК у детей моложе 10 и старше 16 лет очень низка.
3. Двухстороннее вовлечение тазобедренных суставов наблюдается у 1/3 пациентов обоих полов.
4. Наиболее часто встречается хроническая форма ОГБК. Метод выбора хирургического лечения - фиксация in situ одним канулированным шурупом в течение 24 часов с момента поступления в больницу.

Литература:

1. Lehmann CL, Arons RR, Loder RT, et al. The epidemiology of slipped capital femoral epiphysis: an update. J Pediatr Orthop 2006; 26(3):286–90.
2. Novais EN, Millis MB. Slipped Capital Femoral Epiphysis: Prevalence, Pathogenesis, and Natural History. Clin Orthop Relat Res. Dec 2012; 470 (12): 3432-8.
3. Sharma V, Oddy MJ. Slipped capital femoral epiphysis: a review. British Journal of Hospital Medicine, vol. 75 (3), 12 Mar 2014, 155–61
4. Abu-Amara S, Leroux J, Lechevallier J. Surgery for slipped capital femoral epiphysis in adolescents. Orthop Traumatol Surg Res. 2014 Feb; 100 (1 Suppl) : S 157–67.
5. Loder RT, Dietz FR. What is the best evidence for the treatment of slipped capital femoral epiphysis? J Pediatr Orthop. 2012 Sep;32 Suppl 2:S158–65.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Упениекс Я.^{1,2}, Петерсонс А.^{1,2}, Виллеруша А.³,
Стирбовича И.¹, Микитинс А.¹, Виксне А.^{1,2}

¹Детская клиническая университетская больница, Рига, Латвия

²Кафедра детской хирургии Рижского университета
им. Страдиня, Латвия

³Кафедра общественного здоровья и эпидемиологии
Рижского университета им. Страдиня, Латвия

Введение. Общее число диафизарных переломов костей предплечья в детском возрасте по-прежнему высокое. На выбор между консервативным или хирургическим лечением до сих пор указывает форма, локализация и стабильность перелома, а также возраст ребёнка. Объективное измерение объёма движений и миометрия задействованных мышц может помочь в этом выборе.

Цель. 1) провести гониометрический анализ движений в локтевых и запястных суставах у детей после переломов костей предплечья и здоро-