

**ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА****SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF DYSPLASTIC DEFORMITIES OF THE
PROXIMAL FEMUR****SON SUYAGINING PROKSIMAL UCHLIGINING DISPLASTIK
DEFORMATSIYALARINI OPERATIV DAVOLASH USULI**

Юсупова И.А. – к.м.н., доцент

<https://orcid.org/0009-0005-7686-4176>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Юсупова И.А. (2025). ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА. В ActaCAMU (Т. 9, Выпуск 9, сс. 110–113). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15152642>

Аннотация. Разработанная методика имеет значение для отрасли травматология и ортопедия (14.00.22). Этот способ для исправлений искажений проксимального отдела бедра был применён у 18 больных в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО г. Ташкента. Все 18 больных имели различной степени деформационные изменения верхнего отдела бедра, вследствие дисплазии данного сустава. Сущность заключается в том, производят клинообразное иссечение бедренной кости под trochanter mayor, перемещают фрагменты, медиализируют проксимальный фрагмент os femur далее производят фиксацию костных фрагментов Г-образной пластиной и болтами. При этом ускоряются сроки заживления и имеет значение полное анатомическое восстановление сустава и как следствие профилактика диспластического коксартроза. В дальнейшем после операции больные могут отсрочить операцию эндопротезирования.

Ключевые слова: дисплазия, тазобедренный сустав, диспластический коксартроз

Annotatsiya. Taklif qilingan usul travmatologiya va ortopediya sohasi uchun muhim ahamiyatga ega (14.00.22). Proksimal son suyagining buzilishlarini tuzatishning ushbu usuli Toshkent shahridagi respublika travmatologiya va ortopediya ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazining bolalar ortopediyasi bo'limida 18 nafar bemorda qo'llanildi. Barcha 18 bemorda bu bo'g'imning displaziyasi tufayli sonning yuqori qismida turli darajadagi deformatsiya o'zgarishlari mavjud edi. Mohiyati shundaki, trokanter mayor ostida son suyagining xanjar shaklidagi kesilishi amalga oshiriladi, bo'laklar harakatga keltiriladi, os femur proksimal qismi mediallyanadi, so'ngra suyak bo'laklari L shaklidagi plastinka va murvatlar bilan mahkamlanadi. Shu bilan birga, shifo vaqti tezlashadi va bo'g'imning to'liq anatomik tiklanishi va buning natijasida displastik koksartrozning oldini olish muhim ahamiyatga ega. Operatsiyadan keyin bemorlar endoprostetik operatsiyani kechiktirishi mumkin.

Kalit so'zlar: displaziya, chanoq-son bo'g'imi, displastik koksartroz

Abstract. The developed method is important for the industry of traumatology and orthopedics (14.00.22). This method for correcting distortions of the proximal femur was used in 18 patients in the department of children's orthopedics of the Republican Scientific and Practical Medical Center in Tashkent. All 18 patients had varying degrees of deformation changes in the upper thigh due to dysplasia of this joint. The essence is that a wedge-shaped excision of the femur is performed under the trochanter mayor, the fragments are moved, the proximal fragment os femur is medialized, then the bone fragments are fixed with an L-shaped plate and bolts. At the same time, healing time is accelerated and complete anatomical restoration of the joint and, as a result, prevention of dysplastic coxarthrosis are important. Later after surgery, patients can delay endoprosthetics surgery.

Key words: *dysplasia, hip joint, dysplastic coxarthrosis*

Известно, что недоразвитие элементов тазобедренного сустава (дисплазия) (ДТС) является одним из очень широко распространенных патологий в ортопедической практике у детей. Сущность заболевания заключается в том, что имеется врожденная, генетическая недоразвитость тазобедренного сустава (ТБС) [1, 2]. При этом заболевании изменениям подвергаются все виды соединительной ткани: хрящевая, костная. С каждым годом в мировой популяции происходит рост и распространение данной патологии и как следствие постоянно растёт рынок эндопротезов ТБС [3, 4]. При дисплазиях ТБС часто наблюдаются нарушение роста проксимального конца бедренной кости с образованием многоплоскостных деформаций. В частности, отмечаются уменьшение шеечно - диафизарного угла, гипертрофия trochanter mayor, укорочение шейки бедренной кости и деформации caput бедра.

Соответствующие деформации верхнего отдела бедра наблюдаются также при переломах бедренной кости, травмах зачастую при юношеских эпифизеолизах головки бедренной кости и асептических некрозах головки бедра. Только раннее исправление в детском возрасте патологических изменений проксимального конца бедренной кости создает условия правильного развития и формирования ТБС и в дальнейшем предупреждает не только инвалидность, но и снижает потребность в дорогостоящем эндопротезировании ТБС [4, 5].

По этой причине до сих пор лечение таких патологий остаётся актуальным. Для этого необходимо создать новый метод лечения таких патологий.

Цель работы: совершенствовать существующие методики оперативного лечения данной патологии и проанализировать результаты оперативного лечения этой группы больных и изучить отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы: Все больные лечились в отделении подростковой ортопедии РСНПМЦТО. Под наблюдением за 2023-2024 гг. находились 15 пациентов с диагнозом правосторонняя или левосторонняя диспластическая соха vara, с наличием или без укорочения пораженной конечности. Возраст больных от 12 до 15 лет (в среднем 12 лет).

До поступления в клинику 8 (53,3%) больных лечились консервативно по поводу дисплазии и врожденного вывиха тазобедренного сустава. 7 (46,6%) пациента не лечились.

У 3 пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним, у 12-правосторонним. Показанием к операции являлось нарушение конгруэнтности и стабильности сустава. Наличие ограничения движения, невозможность раздвинуть поражённую конечность в тазобедренном суставе.

Всем больным нами проведено реконструктивные операции в проксимальном отделе бедренной кости – корригирующая остеотомия в межвертельной области для исправления шеечно-диафизарного угла. В случаях (у 6 больных) сочетания деформации проксимального конца бедра с скошенностью крыши вертлужной впадины одновременно производили пластику крыши вертлужной впадины. В большинстве случаев варусная деформация шейки бедра сочетается (у 10 пациентов) с гипертрофией большого вертела. В таких случаях нами произведено чрезвертельная корригирующая остеотомия (рассечение кости) бедра с пересадкой большого вертела и удлинением шейки бедра.

Описание операции: производят операционный разрез кожи по наружной поверхности бедра от вершины trochanter mayor книзу длиной 8-10 см. Иссекают кожу, подкожно жировой слой, очень аккуратно fascia late бедра. Поднадкостнично оголяют межвертельную область бедра с прикрепляющимися к данной зоне мышцами. Далее производят поочередно косую остеотомию бедра, непосредственно под trochanter mayor параллельно оси шеи бедренной кости. Вторую остеотомию осуществляют под углом, открытым кнаружи в проксимальном конце бедренной кости. Производят медиализацию сформированного проксимального фрагмента осуществляя таким образом удлинение шейки. Затем в положении 127-130 градусов шеечно-диафизарного угла trochanter mayor с шейкой и головкой и проксимальный конец бедренной кости фиксируются «Г» образной пластиной и тремя болтами. После этого

рану послойно ушивают. Накладывается тазобедренная гипсовая повязка для фиксации, сроком на 1 месяцев.

Преимуществами предложенной методики являются:

1. Не отсекаются мышцы прикрепленные к большому вертелу бедренной кости, что способствует сохранению кровообращения и питания шейки и головки бедра.
2. Достаточно большой контакт между фрагментами рассеченной бедренной кости способствует быстрому костному сращению.
3. Сокращается время фиксации и иммобилизации гипсовой повязкой.

Клинический пример: Пациентка Р., 14 лет, жалуется на боли особенно после ходьбы в левом тазобедренном суставе. Была пролечена консервативно в детстве (5 лет) по поводу дисплазии тазобедренного сустава в одной из клиник. После операции не нормализовались рентгенологические показатели пораженного тазобедренного сустава. Диагноз: Подвывих левого бедра. Диспластическая соха vara левого тазобедренного сустава. Клинически: движения в полном объеме, ротация и отведение ограничены (экстензия/ флексия – $12^{\circ}/0^{\circ}/120^{\circ}$, абдукция/ приведение – $30^{\circ}/0^{\circ}/15^{\circ}$, ротация кнаружи/ ротация кнутри – $15^{\circ}/0^{\circ}/50^{\circ}$). Укорочение слева на 2,0 см за счет бедра.

На рентгенограмме: диспластическая соха vara, несоответствие суставных покровов, децентрация головки. При попытке максимальной внутренней ротации д головки femur, хорошо центрируется во впадине.

В 12 летнем возрасте выполнена операция корригирующая варизирующая остеотомия левой бедренной кости в сочетании с пластикой вертлужной впадины.

Головка бедра локализуется и центрирована во вертлужной впадине, соответствие - конгруэнтность суставных поверхностей была восстановлена. При повторном осмотре через 1,5 года жалоб нет, походка нормальная, объем движений полный (разгибание/сгибание – $15^{\circ}/0^{\circ}/140^{\circ}$, отведение /приведение – $40^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$, наружная ротация/внутренняя ротация – $45^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$). Различия в длине нижних конечностей не определяется. Исходом операции пациентка и её родители довольна. Ортопедическая операция позволила полностью восстановить центрацию головки бедра, намного улучшить конгруэнтность (соответствие) суставных поверхностей, нормализовать положение trochanter major, биомеханику сустава, удлинить шейку бедра и длину конечности в целом.

Обзорная рентгенограмма таза больной Р. 13 лет. Рис.1 – до операции, рис.2 после.

Послеоперационное течение протекало без особенностей. Послеоперационная рана зажила первично. Осмотрена больная через 6 месяцев. Ходить самостоятельно. Боли в суставе и хромота при ходьбе не наблюдаются.

Результаты: Результаты лечения проанализированы в сроке от 1 до 3 лет. Всем 15 больным проведена операция: корригирующая остеотомия в межвертельной области для исправления шеечно-диафизарного угла. У некоторых (6 суставов) больных в сочетании с пластикой крыши вертлужной впадины. Хороший результат отмечен у всех 15 больных. Рана зажила первично, шеечно-диафизарный угол исправлен. Походка нормализовалась.

Заключение.

1. Таким образом, корригирующая варизирующая остеотомия левой бедренной в сочетании с пластикой вертлужной впадины может быть использована в лечении данной дисплазии.

2. После операции достигается изменение пространственное положение головки и шейки бедра в 3-х плоскостях и нормализовать положение trochanter major.

3. С применением данной методики возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, нормализации биомеханических условий для функционирования мышц.

4. Применяя данную методику операции можно добиться лечения больных с данной патологией или отсрочить сроки эндопротезирования.

Литература:

1. Abrishami, S., Karami, M., Karimi, A., Soufali, A. P., Aslani, H. R., Badizadeh, K. (2010). Greater trochanteric preserving hip arthroplasty in the treatment of infantile septic arthritis: long-term results. *Journal of children's orthopaedics*, 4(2), 137-141.
2. Дохов М.М., Левченко К.К., Петров А.В., Иванов Д.В., Доль А.В., Ульянов В.Ю., Пучиньян Д.М., Норкин И.А (Экспериментальное моделирование протеза наацетабулярной области тазовой кости как этап профилактики раннего диспластического коксартроза), *Современные проблемы науки и образования*. - 2017.-№5.
3. Маматкулов О.Х. Способ лечения диспластического коксартроза. //Проблемы биологии и медицины. -2023.-№2, (88). -С.87-89.
4. Оллаберганов М.И., Рузибаев Р.Ю. Профилактика и лечение остеопороза // Проблемы биологии и медицины. - 2021. №5. Том. 130. - С. 236-242.
5. Рахматуллаев, Х. Р., Джураев, А. М., Халимов, Р. Д. (2020). Хирургическое лечение болезни Пертеса у детей. *54.58 E 36*, С. 304-307.