

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА», ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЕГОРА СЕЛИВЁРСТОВИЧА ТИХОНЕНКОВА

*Председатели к. м. н., доцент А. В. Овечкина и д. м. н. М. М. Камоско
(ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера»)*



*Д. м. н., профессор, Егор Селиверстович Тихоненков
(1938–1996)*

К. м. н., доцент А. В. Овечкина

Доктор медицинских наук, профессор Егор Селиверстович Тихоненков более 30 лет работал в Научно-исследовательском детском ортопедическом институте им. Г. И. Турнера, много лет руководил отделением патологии тазобедренного сустава и определял его научную и клиническую деятельность. Он был великолепным хирургом, организатором эффективных научных исследований по профилактике и хирургическому лечению заболеваний и повреждений тазобедренного сустава у детей и подростков. Егор Селиверстович разрабатывал и внедрял новые, усовершенствовал имеющиеся технологии оперативных вмешательств и предлагал новые хирургические инструменты, за что был удостоен почетного звания «Заслуженный изобретатель России». Он обучал и воспитывал детских ортопедов-травматологов, которые сейчас работают в институте и во многих

регионах России, консультировал докторские и руководил кандидатскими диссертациями. Результаты его исследований опубликованы в 2 монографиях, 386 научных работах и защищены 117 свидетельствами на изобретения. С 1986 г. Е. С. Тихоненков был заместителем директора по научной работе, с 1994 по 1996 гг. исполнял обязанности директора Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г. И. Турнера. В феврале 2013 года Егору Селиверстовичу исполнилось бы 75 лет.

Памяти Егора Селиверстовича Тихоненкова была посвящена научно-практическая конференция, которая состоялась 15 февраля 2013 г.

К. м. н. А. И. Краснов (ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера»)

Е. С. Тихоненков родился 8 февраля 1938 г. в деревне Какушкино Смоленской области. В 1941 г. погиб его отец, в тяжелых условиях немецкой оккупации мать сохранила жизнь троим сыновьям. В 1960 г. Егор Селиверстович окончил Смоленский медицинский институт и работал в костно-туберкулезном санатории села Высокое. С 1963 г. жизнь Е. С. Тихоненкова связана с Санкт-Петербургом и с Научно-исследовательским детским ортопедическим институтом им. Г. И. Турнера. Главной научной проблемой его исследований была патология тазобедренного сустава. На основе изучения более трех тысяч анатомических препаратов нормальных и диспластических тазобедренных суставов выявлены возрастные особенности сосудистого русла, обосновано раннее оперативное лечение врожденного вывиха бедра, направленное на своевременную центрацию головки во впадине и стимуляцию ее развития. Материалы докторской диссертации «Остаточные подвывихи бедра у детей и подростков и их оперативное лечение» легли в основу монографии. С 1979 года и

до конца своих дней Е. С. Тихоненков был руководителем клинического отделения «Патология тазобедренного сустава», пользуясь неизменным уважением и любовью сотрудников, пациентов и их родителей. Он обосновал применение органосохраняющих оперативных методик, направленных на равномерное распределение нагрузки на элементы сустава и на его развитие: остеотомии таза по Salter, двойные и тройные остеотомии таза в сочетании с остеотомией бедра. Оперативные вмешательства при лечении коксартроза проводились по разработанным Е. С. Тихоненковым оригинальным методикам: пластика головки бедра, моделирующие операции на тазобедренном суставе, корригирующие остеотомии, туннелизация шейки бедра с мышечно-сосудистыми трансплантатами костно-мышечных комплексов. Новые способы оперативного лечения, создание новых и усовершенствование существующих инструментов были подтверждены 117 авторскими свидетельствами на изобретения и почетным званием «Заслуженный изобретатель Российской Федерации».

В настоящее время отделение патологии тазобедренного сустава продолжает разработку методик органосохраняющих вмешательств при вывихах и подвывихах тазобедренного сустава.

Проф. В. М. Машков (Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена)

Многолетняя дружба с Е. С. Тихоненковым поддерживалась и укреплялась благодаря нашему совместному творчеству по развитию научных идей ортопедии тазобедренного сустава. Для меня это была школа по лечению диспластического коксартроза. Наши встречи были традиционными. Обложившись анатомическими атласами, на моделях костей таза и бедренной кости, на схемах мы детально обсуждали предложенные идеи, поэтапно проговаривая мельчайшие детали оперативного вмешательства, начиная от первого разреза до наложения швов на рану. Иногда мы спорили до хрипоты, но в спорах рождались новые идеи, которые казались фантастическими и технически невыполнимыми. Но рано или поздно мы шаг за шагом находили пути решения для их выполнения. Вместе с Егором Селиверстовичем мы получили 16 патентов на новые способы операций и на инструменты для их выполнения. На принципах органосохранного оперативного лечения диспластического коксартроза я стою до сих пор и считаю тотальное эндопротезирование самым последним вариантом вмешательства, хотя мой личный опыт составляет более 5000 эндопротезирований. Безвременная кончина Е. С. — большая утрата для науки и практического здравоохранения. Остались его ученики, продолжающие его дело.

К. м. н. Г. Г. Омаров (ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера»)

Егор Селиверстович Тихоненков был научным руководителем моей кандидатской диссертации. Но ограничиться этими словами — значит не сказать ничего. Он был моим учителем по жизни. Он был для меня примером Ученого, Врача, Гражданина с большой буквы. Благодаря своей энергии и таланту, работоспособности и одержимости в науке, своей доброжелательности и высокой требовательности он воспитывал в нас, в своих учениках, лучшие качества детского хирурга-ортопеда.

К. м. н. М. Н. Харламов (Рязанская обл., санаторий «Кирицы»)

Е. С. Тихоненков неоднократно приезжал в детский туберкулезный санаторий «Кирицы» и способствовал развитию хирургического направления в деятельности санатория. Моя диссертация была выполнена при его научном руководстве. Представляю возможности консервативного лечения болезни Пертеса в условиях санатория. Пациенту назначают постельный режим, начиная со стадии импрессионного перелома до стадии восстановления. У детей дошкольного и младшего школьного возраста для соблюдения режима используют ляжки, у пациентов старше 10 лет — вытяжение и треугольная подушка. При формировании начальных признаков нарушений соотношений в суставах — гипсовая палка-распорка на 3–4 месяца. В стадии импрессионного перелома физиотерапевтическое лечение включает УВЧ, ультразвук, магнитотерапию, электрофорез с йодистым калием, эуфилином, лидазой. При появлении рентгенологических признаков репарации эпифиза назначаем озокеритовые и грязевые аппликации, магнитотерапию, электрофорез с солями кальция и фосфора, электростимуляцию ягодичных и отводящих мышц бедра, лазеротерапию. Во всех стадиях применяем лечебную гимнастику, плавание и закаливающие процедуры, массаж, аэро- и гелиотерапию, гирудотерапию (6–10 процедур), баротерапию (два курса по 10 процедур).

Исходы лечения зависят от возраста ребенка и от распространенности процесса в головке бедра.

К. м. н. В. П. Мельников (Северо-западный государственный медицинский университет им И. И. Мечникова), к. м. н. Краснов А. И. (ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера»)

Выбор вида хирургического лечения определяется на основании анамнеза пациента, его возраста,

а также согласно рентгенологическим параметрам сустава, полученным при компьютерно-томографическом обследовании.

Показанием к ацетабулопластике в реконструктивной хирургии тазобедренного сустава является дисплазия вертлужной впадины — длинный свод и сниженная сферичность с ацетабулярным индексом $> 25^{\circ}$ и индексом глубины впадины $< 15\%$, а также отсутствие конгруэнтности головки бедра и вертлужной впадины за счет снижения сферичности последней на функциональных рентгенограммах. Через 10 лет прослежены положительные результаты у пациентов.

**К. м. н. Д. Б Барсуков
(ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера»)**

Отделение патологии тазобедренного сустава располагает опытом хирургического лечения 342 пациентов с юношеским эпифизеолизом головки бедренной кости различных патогенетических стадий и степеней тяжести.

Современные принципы лечения детей с тяжелыми формами юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости предполагают в 1-й и 2-й стадиях — двусторонний эпифизеодез канюлированными винтами. Количество хороших результатов достигает 95%.

В 3-й стадии без предварительного эпифизеодеза выполняется корригирующая остеотомия бедра, что сокращает количество оперативных вмешательств. В 4-й стадии при наличии острого смещения эпифиза лечение направлено на репозицию последнего и достижение синостоза метаэпифизарной ростковой зоны путем закрытой репозиции скелетным вытяжением в течение 12–16 дней с последующим эпифизеодезом. В 5-й стадии выполняются двух и трехплоскостные корригирующие остеотомии. В 3–5-й стадиях положительные результаты в 82% достигались у пациентов, имеющих смещение эпифиза кзади не более, чем на 45° . При смещении эпифиза более, чем на 60° , 77% результатов были неудовлетворительными.

**К. м. н. И. Ю. Поздникин
(ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера»)**

У детей первого года жизни головка бедра легко вправляется во впадину после предрепозиционной подготовки и ненасильственного постепенного вправления. Невправимость бедра в 10–20% случаев обусловлена наличием анатомических препятствий. Повторные попытки закрытого вправления нецелесообразны и опасны возникновением осложнений в виде асептического некроза головки бедра. Показаниями к раннему хирур-

гическому лечению детей до года с врожденным вывихом бедра являются неудача консервативных мероприятий и опасность возникновения осложнений при консервативном лечении. *Первичное* хирургическое лечение детей с врожденным вывихом бедра подразумевает применение хирургического вмешательства без попыток закрытого вправления. Оно менее травматично для тазобедренного сустава, поскольку исключает его повреждение в процессе безуспешных попыток закрытого вправления. Показаниями к первичному хирургическому лечению являются: а) возраст пациента от 5–6 до 9 месяцев при значительном отведении бедра, резком напряжении приводящих мышц бедра и фиксированном лордозе поясничного отдела позвоночника; б) возраст старше 10–12 месяцев; в) тяжелая форма вывиха бедра: двустороннее поражение; сочетание с другими пороками развития; раннее внутриутробное формирование вывиха, т.е. наличие полного вывиха бедра, диагностированного уже в родильном доме. Принципами хирургического вмешательства являются: доступ к суставу по естественным межмышечным промежуткам, минимальная травматизация и бережное отношение к окружающим тканям — сосудам, мышцам, нервам, полное сохранение хрящевых структур сустава. Для обеспечения концентрического вправления головки бедра необходимы пересечение сухожилия пояснично-подвздошной мышцы, удаление поперечной связки вертлужной впадины, круглой связки головки бедра, экономное иссечение капсулы, обеспечение декомпрессии сустава и выполнение по показаниям тенотомий приводящих и субспинальных мышц. У детей после 12–15 месяцев целесообразно сочетание открытого вправления бедра с транспозицией вертлужной впадины, а, при необходимости, с укорачивающей корригирующей остеотомией бедра.

**Григорьев И. В. (Федеральный центр
травматологии, ортопедии
и эндопротезирования (Чебоксары))**

Представляю опыт применения седалищно-подвздошной остеотомии таза при лечении дисплазии тазобедренного сустава у 47 пациентов федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Эта относительно несложная операция обладает высоким корригирующим потенциалом и в большинстве случаев может служить альтернативой выполнению тройной остеотомии таза. Неоспоримым преимуществом является возможность выполнения раннего восстановительного лечения с использованием аппаратов Артромат-К и ЛОКОМАТ.

К. м. н. В. Е. Басков (ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера»)

Представляю опыт отделения по тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава у подростков. Тотальное эндопротезирование (ТЭП) тазобедренного сустава у детей по-прежнему остается достаточно редким хирургическим вмешательством. В настоящее время в мире значительно улучшилось качество имплантов, что продлевает срок их службы до 25–30 лет. Несмотря на то, что лечебной тактикой института является применение охраносберегающих операций, встречаются случаи, когда только эндопротезирование помогает вернуть функцию нижней конечности. В большинстве своем это дети 16–17 лет, перенесшие неоднократные хирургические вмешательства на суставе. В результате неадекватного лечения у них развились грубые деформации суставных поверхностей, не подлежащие коррекции ни одним из известных методов. За последние 4 года в институте выполнено 82 операции ТЭП и положительные ближайшие результаты показывают, что эндопротезирование является современным методом лечения, позволяющим в кратчайшие сроки добиться медицинской и социальной реабилитации пациента. Позвольте продемонстрировать вам видеоматериалы наших пациентов до и после хирургического лечения.

Проф. И. Ф. Ахтямов (Казанский Государственный медицинский университет)

Ортопедия не делится на детскую и взрослую. Я благодарен профессорам Е. С. Тихоненкову и Ю. И. Поздникому за профессиональные знания по патологии тазобедренного сустава, которые я получил из их выступлений, статей, монографий, за наши дискуссии на научных мероприятиях, за дружбу.

Для профилактики диспластического коксартроза необходимо придерживаться основных принципов в лечении врожденного вывиха бедра:

- только одна предварительная попытка консервативного вправления вывиха бедра,
- максимально щадящее внесуставное оперативное вмешательство,

- максимальная сохранность кровоснабжения области сустава,
- строгое соблюдение биомеханики сустава.

Широко применяя эндопротезирование тазобедренного сустава у взрослых, я поддерживаю протезирование сустава у подростков при диспластическом коксартрозе. Неопорное бедро и болевой фактор — показания к эндопротезированию детей 16–17 лет. Иллюстрация двигательных возможностях моих пациентов после операции подтверждает это положение.

В. А. Ярцев (Ярославская государственная медицинская академия)

Раннее возникновение и тяжесть деструктивных изменений в области проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава при остром гематогенном остеомиелите новорожденных обусловлены анатомо-функциональными особенностями. Головка и шейка бедра располагаются внутрисуставно, у младенцев имеются ретикулярные сосуды, идущие к головке бедра. Возможны два пути инфекции: контактный из очага поражения через ростковую пластинку и прорыв гноя из шейки бедра в полость сустава. Последствия остеомиелита зависят от своевременности и адекватности проведенного лечения. Последствия деструктивных нарушений в костях варьируют от полного восстановления анатомической структуры бедренной кости до тяжелых разрушений с развитием патологического подвывиха или вывиха.

Для участников конференции была представлена продукция Российской компании ДЕОСТ, с которой у детского ортопедического института им. Г. И. Турнера сложились партнерские отношения. Совместная работа с заведующим отделением патологии тазобедренного сустава А. И. Красновым позволила наладить выпуск угловых пластин для остеосинтеза после корригирующих остеотомий согласно анатомо-возрастным особенностям развития проксимального отдела бедренной кости в различных возрастных группах от 2 до 16 лет в двух вариантах — вальгизирующая и вариизирующая.

**Материал подготовили А. И. Краснов
и К. С. Соловьева**