

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

© Басков В. Е.

ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург

■ Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) является относительно редким и не до конца изученным эндокринно-ортопедическим заболеванием. На протяжении десятилетий тактика и техника хирургического лечения претерпела значительные изменения и до сих пор продолжает совершенствоваться.

■ В данном сообщении приводится 36-летний результат наблюдения последствий лечения ЮЭГБК по одной из применяемых ранее хирургических методик.

■ **Ключевые слова:** юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости, открытая репозиция, хондролиз.

Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) — заболевание, при котором происходит смещение эпифиза головки бедра по линии ростковой зоны (эпифизарному хрящу), встречается у подростков в период полового созревания с частотой 4—5 случаев на 100 тыс. населения и составляет 0,5—5 % от общего количества детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

Впервые ЮЭГБК был описан в 1572 г. французским хирургом А. Паре, но до сих пор этиология данного заболевания до конца еще не изучена [1]. Считается, что ЮЭГБК является эндокринно-ортопедической патологией. Во время пубертатного периода в организме ребенка возникает выраженный дисбаланс между половыми гормонами и гормонами роста. Именно эти гормоны играют ведущую роль в регулировании функции ростковых зон. Гормональные нарушения ослабляют эпифизарные пластинки, что в сочетании с механическим воздействием (избыточный вес или травма) приводит к смещению эпифиза головки бедра, который постепенно (хроническое смещение) или одномоментно (острое смещение) мигрирует книзу — кзади относительно оси шейки. Крайне редко встречается смещение эпифиза кпереди — книзу и даже кпереди — кверху [6, 7].

При ЮЭГБК деформацию, возникающую при нарушении целостности кости, описывают по смещению проксимального фрагмента, тогда как в травматологии общепринято — по дистальному. Мы не обнаружили в научной литературе объяснения данному факту.

Современная концепция лечения пациентов с ЮЭГБК, применяемая в НИДОИ им. Г. И. Тур-

нера, подразумевает только хирургическую тактику.

В стадии предсмещения и при смещении не более чем на 20° выполняют эпифизеодез, причем от использования спиц Ноулеса или Киршнера и костных ауто- и гомотрансплантатов отказались и вместо них применяют шнековые канюлированные винты, эпифизеодез которыми выполняется под ЭОПом за 10—15 мин через разрез кожи длиной 1 см. Мы считаем, что эпифизеодез необходимо выполнять на обоих бедрах, даже если на одном из них отсутствуют признаки смещения эпифиза. Таким образом предотвращаются два осложнения: возможный эпифизеолиз «здоровой» головки и развитие укорочения «больного» бедра.

При большем смещении выполняют различные деторсионно-ротационно-вальгизирующие остеотомии, выбор которых зависит как от вида и степени деформации проксимально отдела бедренной кости, так и от предпочтения хирурга [2, 3, 4, 5].

При остром смещении производят закрытую репозицию с последующей фиксацией эпифиза канюлированным шнековым винтом. Если закрытая репозиция не удалась, то после консолидации эпифиза с задненижней поверхностью шейки выполняют деторсионно-ротационно-вальгизирующую остеотомию бедра.

Данная концепция складывалась в институте на протяжении более чем четырех десятилетий и базировалась на опыте огромного количества хирургических вмешательств, у истоков разработки и апробации которых стояли наши хирурги-ученые А. Н. Кречмар, О. К. Евдокимов и А. И. Краснов.

Целью данной публикации является демонстрация отдаленного результата хирургического

лечения пациента с ЮЭГБК, проведенного в клинике НИДООИ им. Г. И. Турнера. Срок наблюдения составляет 36 лет.

Пациент Б., 1965 г. р., поступил в клинику института в сентябре 1978 г. Из анамнеза заболевания известно, что боль в левом тазобедренном суставе впервые появилась в августе 1978 г. после падения с лошади, но через несколько часов исчезла. Затем, через 1 неделю, при переносе 20-литровой канистры с жидкостью боль и хромота возникли вновь и в дальнейшем беспокоили каждое утро, но через 2—3 часа ребенок «расхаживался» и перечисленные симптомы исчезали.

Следует отметить, что болевые ощущения носили специфический для ЮЭГБК характер, известный как «лампасная боль», которая распространяется по наружной поверхности бедра от большого вертела и вниз до надколенника. Причем интенсивность боли в области коленного сустава зачастую гораздо выше, чем в области тазобедренного. Данный феномен ведет к одной из самых распространенных ошибок при диагностике ЮЭГБК — начинают обследовать и «лечить» коленный сустав, не обращая внимания на тазобедренный. По данным научной литературы, при первом обращении к врачу пациентов с ЮЭГБК в 70 % случаев ставится ошибочный диагноз [2].

Ребенок трижды обращался в поликлинику по месту жительства, где без проведения рентгенологического обследования ставился диагноз «ушиб коленного сустава, растяжение мышц бедра» и назначалось симптоматическое лечение.

Через 3 недели от начала болезни пациент получил повторную травму — падение со сломавшегося стула на левую ягодичную область. После падения возникла сильная боль в области левого тазобедренного сустава, и ребенок не мог самостоятельно передвигаться из-за потери опороспособности левой ноги. Каретой скорой помощи доставлен в ДГБ, где был поставлен

диагноз: «ЮЭГБК слева, острое смещение» (рис. 1). Было наложено лейкопластырное вытяжение на левое бедро и голень с грузом 5 и 3 кг соответственно.

Через 4 дня пациент был переведен в клинику НИДООИ им. Г. И. Турнера. С целью закрытой репозиции эпифиза было наложено скелетное вытяжение за нижнюю треть левого бедра с грузом по оси конечности 18 кг и дополнительным грузом 4 кг на внутреннюю ротацию в тазобедренном суставе. В течение 3 дней закрытой репозиции добиться не удалось, и было принято решение о внутрисуставном вмешательстве — открытой репозиции эпифиза головки левого бедра с фиксацией спицами Ноулиса и аутотрансплантатом на питающей мышечной ножке (рис. 2). Обсуждался вопрос о выполнении эпифизодеза головки правого бедра, эпифиз которой находился в стадии предсмещения. Но от этого решено было отказаться, в первую очередь из-за планируемого достаточно длительного постельного режима в послеоперационном периоде, что сводило к минимуму вероятность смещения эпифиза головки правого бедра.

В дальнейшем пациент находился на постельном режиме с укладкой левой нижней конечности на шине Бейлера и скелетном вытяжении за нижнюю треть бедра с грузом 3 кг для декомпрессии тазобедренного сустава. Через 8 месяцев были удалены спицы Ноулиса и разрешена ходьба на костылях без опоры на левую ногу. Рентгенологически в этот период отмечались выраженные проявления хондролита в виде резкого сужения суставной щели (рис. 3). Ребенок был переведен в один из детских ортопедических санаториев г. Евпатория, где в течение 1 года получал интенсивное восстановительное лечение, после чего, когда явления хондролита были купированы, начал ходить с тростью, а через 6 месяцев — с полной нагрузкой.

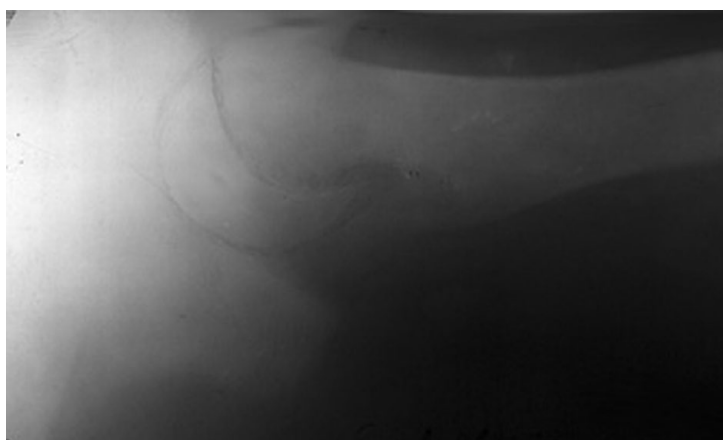


Рис. 1. Острое смещение эпифиза книзу и кзади

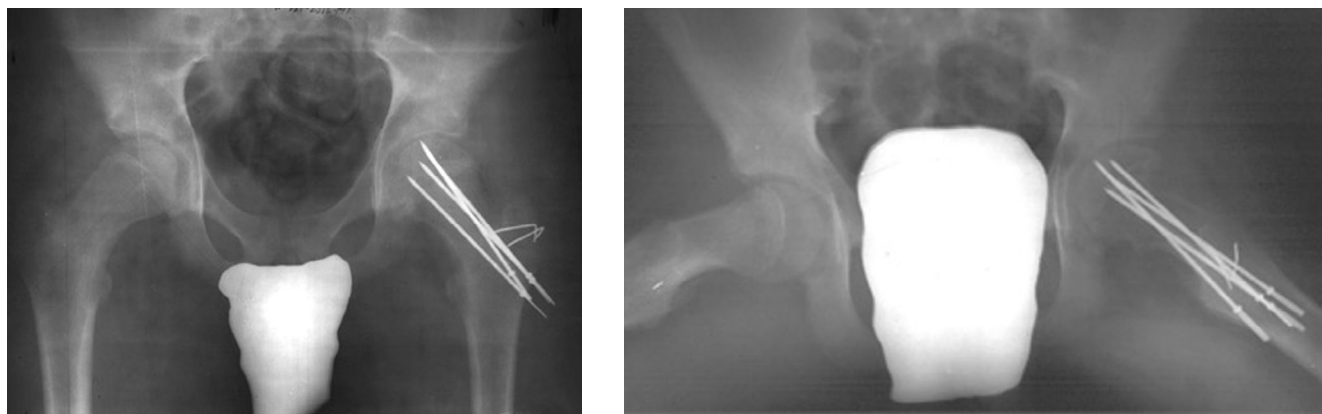


Рис. 2. Выполнена открытая репозиция эпифиза головки левого бедра с фиксацией спицами Ноулиса и костным ауотрансплантатом. Операция выполнялась через боковой доступ с отсечением большого вертела. Смещение эпифиза головки правого бедра книзу и кзади на 10°

В результате проведенного лечения был получен хороший клинический и рентгенологический результат. Амплитуда движений в левом тазобедренном суставе была восстановлена полностью, головка левого бедра восстановилась до практически правильной формы, суставная щель стала удовлетворительно выраженной на всем протяжении (рис. 4). Однако, из-за того что ранее не был выполнен эпифизеодез справа, в процессе роста развилось укорочение левого бедра на 3,5 см.

Пациент вел достаточно активный образ жизни, не ограничивал нагрузки на ноги, занимался спортом и не использовал ортезные изделия для компенсации разницы в длине нижних конечностей. Постепенно стали проявляться клинические и рентгенологические признаки вторичного коксартроза, а также стала развиваться компенсаторная варусная деформация правого коленного сустава. В 2000 г. (через 22 года от начала заболевания) из-за развившегося коксартроза III ст. с выраженным болевым синдромом было выполнено тотальное эндопротезирование левого

тазобедренного сустава (рис. 5). На фоне прогрессирующей варусной деформации правой голени начал развиваться правосторонний гонартроз, для купирования которого в 2008 г. была выполнена корригирующая остеотомия костей правой голени. В настоящее время пациент жалоб не предъявляет, социальных ограничений не имеет, работает по специальности, вспомогательными приспособлениями при ходьбе не пользуется.

Данный клинический пример является не характерным по своему исходу и имеет, скорее, исторический интерес как последний случай выполненной в клинике НИДОИ им. Г. И. Турнера открытой репозиции эпифиза при лечении ЮЭГБК. В настоящее время от применения данного хирургического вмешательства полностью отказались из-за большого количества неудовлетворительных результатов лечения, обусловленных тем, что при открытой репозиции наносится повторная грубая травма головке бедра, окончательно нарушающая кровоснабжение эпифиза и приводящая к неизбежному хондролизу.

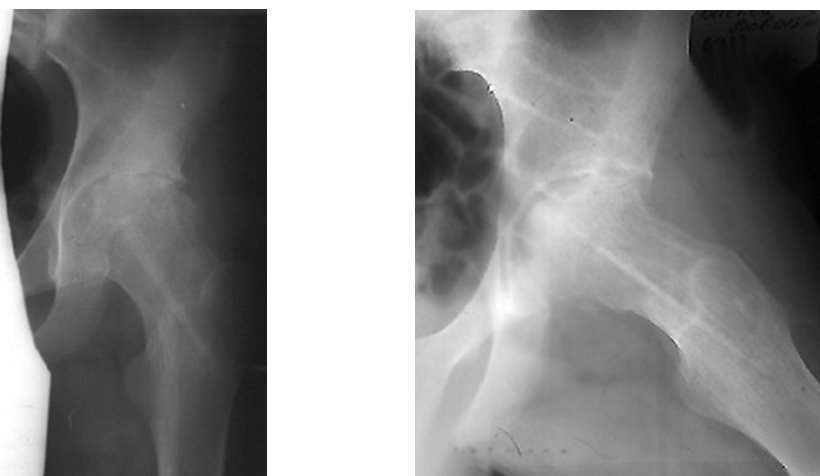


Рис. 3. Через 8 месяцев после хирургического лечения. Хондролиз левого тазобедренного сустава. Неравномерный контур головки бедра; выраженное сужение суставной щели, вплоть до полного исчезновения в верхних отделах; множественные кисты головки бедра и свода вертлужной впадины

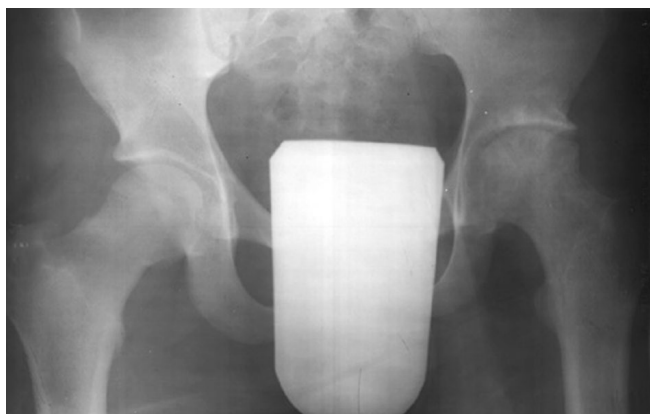


Рис. 4. Через 2,5 года после хирургического и консервативного лечения. Восстановление формы и структуры головки левого бедра. Суставная щель левого тазобедренного сустава хорошо выражена, равномерная на всем протяжении. Закрытие ростковой зоны головки правого бедра



Рис. 5. Через 22 года после хирургического лечения. Выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Справа — вторичный коксартроз I ст.

В заключение следует подчеркнуть, что ЮЭГБК при своевременной диагностике на ранней стадии заболевания излечивается при помощи современного малотравматичного хирургического вмешательства и адекватного восстановительного лечения за 3—4 месяца и практически без последствий. Запоздалое и неадекватное лечение приводит к раннему развитию коксартроза тяжелой стадии, когда выраженные рентгеноанатомические изменения компонентов тазобедренного сустава приводят к тяжелым функциональным нарушениям и стойкому болевому синдрому.

Литература

1. Капитанаки А. Л. О возможности консервативного лечения юношеского эпифизолиза головки бедра. Патология тазобедренного сустава. сбор. науч. трудов. Л., 1983. С. 16-20.
2. Краснов А.И. Хирургическое лечение деформации проксимального отдела бедренной кости при юношеском эпифизолизе головки бедра у детей (пособие для врачей). СПб., 2008. С. 111-112 с.
3. Кречмар А.Н. Юношеский эпифизолиз головки бедра (клинико-экспериментальное исследование): дисс. ... докт. мед. наук. Л., 1984. 434 с.
4. Imhauser G. Das Schicksal von Epiphysennekrosen bei der jugendlichen Hupfkopflosing. Z. Orthop. 1979. Vol. 117. S. 714-723.
5. Picholt S.A. Quantitative evaluation of angular measurements on plain radiographs in patients with slipped capital femoral epiphysis: 3-Dimensional analysis of computer tomography-based computer models of 46 femor. J. Pediatr. Ortop. 2008. Vol. 28. № 3. P. 291-296.
6. Segal L.S., Weitzel P.P., Davidson R.S. Valgus slipped capital femoral epiphysis. Fakt or fiction? Clin. Orthop. 1996. Vol. 322. P. 91-98.
7. Skinner S.R., Bergheimer G.A. Valgus slip of the capital femoral epiphysis. Clin. Orthop. 1978. Vol. 135. P. 90-92.

RESULTS OF TREATMENT OF JUVENILE FEMORAL HEAD EPIPHYSIOLYSIS

Baskov V. E.

FSBI «Scientific and Research Institute for Children's Orthopedics n. a. G. I. Turner» under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg

✧ **Abstract.** Juvenile femoral head epiphysiolysis (JFHE) is a relatively rare and not fully understood endocrine and orthopedic disease. For decades, the approach and techniques of surgical treatment have undergone significant changes and still continue to be improved.

This paper presents a 36 year old follow-up results of treatment effects of JFHE according to one of the previously used surgical techniques.

✧ **Keywords:** juvenile femoral head epiphysiolysis, open reduction, chondrolysis.

Сведения об авторах:

Басков Владимир Евгеньевич — к. м. н., старший научный сотрудник отделения патологии тазобедренного сустава ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» Минздрава России. 196603, СПб, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68. E-mail: dr.baskov@mail.ru.

Baskov Vladimir Evgenievich — MD, PhD, research associate of the department of hip pathology. FSBI “Scientific and Research Institute for Children's Orthopedics n. a. G. I. Turner” under the Ministry of Health of the Russian Federation. 196603, Saint-Petersburg, Pushkin, Parkovaya str., 64-68. E-mail: dr.baskov@mail.ru.