

**PRINCIPLES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLETE DEFECTS OF THE FEMORAL HEAD AFTER TRANSFERRED OSTEOMYELITIS****Skvortsov A.,***Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher,  
State Autonomous Healthcare Institution "Republican Clinical  
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan"***Khabibyanov R.,***Doctor of Medical Sciences, Head of the Research Department,  
State Autonomous Healthcare Institution "Republican Clinical  
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan"***Maleev M.***Candidate of Physical and Mathematical Sciences, Leading Researcher  
State Autonomous Institution of Health "Republican Clinical  
Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan"***ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОМ ДЕФЕКТЕ ЭПИФИЗА ГОЛОВКИ  
БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА****Скворцов А.П.,***Доктор медицинских наук, Главный научный сотрудник,  
Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан»***Хабибьянов Р.Я.,***Доктор медицинских наук,  
Заведующий научно-исследовательским отделом,  
Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан»***Малеев М.В.***Кандидат физико-математических наук,  
Ведущий научный сотрудник  
Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан»  
DOI: [10.24412/3453-9875-2021-74-1-34-37](https://doi.org/10.24412/3453-9875-2021-74-1-34-37)***Abstract**

Patients with various kinds of orthopedic complications of acute hematogenous osteomyelitis metaepiphyseal in the hip in the form of a complete defect of the epiphysis of the femoral head constituted 17.5% of all patients. In order to restore the congruence of the joint preservation and potency ПОВК to increase these patients shows the change of the ilium anterior-upper spine containing apophysis with sprout plate and feed the muscle on the leg stump of the femoral neck. Positive results were obtained in 6 cases out of 7.

**Аннотация**

Пациенты с различными видами ортопедических осложнений острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита в области тазобедренного сустава в виде полного дефекта эпифиза головки бедренной кости составили 17,5% от числа всех больных. С целью восстановления конгруэнтности в суставе и сохранения потенции ПОВК к росту этим больным показана пересадка части подвздошной кости области передне-верхней ости, содержащей апофиз с ростковой пластинкой и питающей мышечной ножкой на культю шейки бедра. положительный результат лечения получен в 6 случаях из 7.

**Keywords:** acute hematogenous metaepiphyseal osteomyelitis, proximal femur, complete defect of the epiphysis of the femoral head.

**Ключевые слова:** острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит, проксимальный отдел бедра, полный дефект эпифиза головки бедренной кости.

В отделении детской ортопедии НИЦТ «ВТО» (в дальнейшем Травмцентр ГАУЗ РКБ МЗ РТ) находилось 96 пациентов с различными формами деструктивного поражения тазобедренного су-

става, вследствие перенесенного острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО) в раннем детском возрасте. Осложнение перенесенного ОГМЭО в виде полного дефекта эпифиза головки бедренной кости нередки, и наблюдалось

нами в 17,5% от числа всех больных с различными видами ортопедических осложнений ОГМЭО в области тазобедренного сустава. Отсутствие, вследствие деструктивного процесса, эпифиза головки бедренной кости ведет к прекращению роста шейки и головки бедра. Этим объясняется различный подход к лечению больных данной группы в зависимости от их возраста. У больных дошкольного возраста, когда интенсивность роста шейки значительна, нами применяется пластика эпифиза головки бедренной кости путем переноса части крыла подвздошной кости, включающей передне-верхнюю ость с питающей мышечной ножкой и подлежащими ростковыми костно-хрящевыми элементами, в позицию отсутствующего эпифиза головки бедренной кости (патент РФ №2125848). Это позволяет обеспечить последующий рост шейки бедра с созданием конгруэнтной к вертлужной впадине поверхности головки бедренной кости.

Показанием к оперативному лечению служит полный дефект эпифиза головки бедренной кости у больных дошкольного и младшего школьного возраста (рис. 1, а). Отметим, что деформация проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) при этом значения не имеет. Операция выполнима даже в случае сочетания дефекта эпифиза головки бедра с отсутствием одного из кортикальных слоев шейки. Оперативное вмешательство осуществляют в два этапа по следующей схеме. Из доступа разрезом от *spina iliaca anterior superior* с огибанием большого вертела до подвертельной области выделяют переднюю стенку капсулы тазобедренного сустава

между *m.tensor fascia latae* и передним краем *m.gluteus medius*. Производят клиновидную резекцию подвздошной кости одним блоком, в котором содержится передне-верхняя ость с ростковой пластинкой (1) и сухожилием мышцы, натягивающей широкую фасцию бедра (2), и его временно откидывают книзу. Вскрывают рубцово измененную капсулу тазобедренного сустава, выделяют культю шейки бедренной кости (3), на которой отсутствует эпифиз, и вывихивают ее в рану. Осуществляют подготовку ложа, соответствующего по форме несвободному трансплантату (1) на торце шейки, куда внедряют подготовленный трансплантат (рис. 1, б), и фиксируют его спицами. Таким образом, передне-верхняя ость и ростковая пластинка помещены в позицию отсутствующего эпифиза головки бедренной кости, а *m. tensor fascia latae* выполняет роль питающей ножки. Рану послойно ушивают до дренажа, а конечность фиксируется кокситной гипсовой повязкой в положении наружной ротации.

Второй этап операции производят через 3-4 месяца после сращения костного аутооттрансплантата на питающей ножке с торцом шейки бедренной кости. Удаляют фиксирующие спицы. От перенесенного аутооттрансплантата без повреждения хряща отсекают сухожилие *m. tensor fascia latae* (2) и подшивают ее к прежнему месту прикрепления. Освобождают от рубцовых тканей вертлужную впадину, удаляют выступы и другие неровности, имеющиеся на ее дне. Производят открытое вправление вновь созданной головки бедренной кости в вертлужную впадину (рис. 1, в).

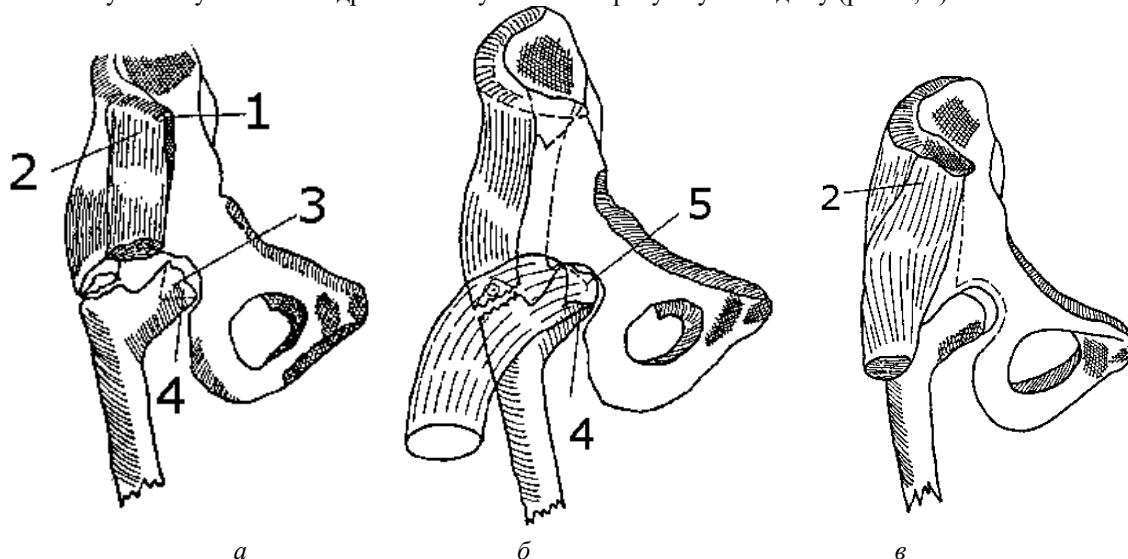


Рис. 1. Способ лечения полного дефекта эпифиза головки бедренной кости: а – формирование ложа на торце шейки бедра, б – пересадка апофиза на питающей ножке в позицию отсутствующего эпифиза головки бедра, в – после отсечения питающей ножки подшивание её к прежнему месту прикрепления

При нарушении возрастных углов антегорсии (АТ) и шеечно-диафизарном угле (ШДУ) производят деторсионно-варизирующую остеотомию с формированием ШДУ и угла АТ в пределах возрастной нормы с фиксацией в аппарате Илизарова. На подвздошную кость накладывают тазовую дугу, а на нижнюю треть бедра - кольцевую опору аппарата Илизарова. Проксимальный отдел бедра фик-

сируют с помощью стержневых элементов. Кольцевую опору соединяют штангами. Стержневые элементы соединяют с помощью штанг с дистальной кольцевой опорой для коррекции угла АТ и ШДУ. Если корригирующую остеотомию не производили, аппарат Илизарова накладывают без фиксации проксимального отдела бедренной кости для разгрузки сустава, разработки движений в суставе с

возможностью контроля и, при необходимости, изменения величины суставной щели. Этапность способа, его малотравматичность позволяют применять его у детей с двухлетнего возраста.

Данный способ был применен у 12 больных в возрасте от 2 до 6 лет, причем у трех больных во время операции мы обнаружили, что дефект эпифиза головки бедренной кости сочетался с дефектом одного из кортикальных слоев шейки бедренной кости, не установленного рентгенологически. Описанный способ был применен и у этих больных.

С целью малотравматичного взятия трансплантата на питающей ножке разработан и применен режущий инструмент для костных операций.

Значительный интерес ортопедов, занимающихся вопросами реконструкции проксимального отдела бедра при различных видах его дефекта, представляет вопрос отдаленных результатов лече-

ния больных указанной группы, тем более что многие исследователи указывают на ограниченные по времени локомоторные возможности тазобедренного сустава. С этой целью на рис. 2 а, б, представлена демонстрация истории болезни больной Б-ой Н., 3 лет (история болезни №1322). Диагноз при поступлении: деструктивный вывих правой бедренной кости с дефектом эпифиза головки бедренной кости. Предварительное лечение больной не проводилось (рис. 2 а, б). В марте 1989 г. произведена пересадка ауто трансплантата, взятого из крыла подвздошной кости, содержащей ростковую пластинку и питающую мышечную ножку. Через 3 месяца осуществлен второй этап - отсечение питающей ножки, деторсионно-варизирующая остеотомия. Через год, ввиду скошенности крыши вертлужной впадины, сформирован аутонавес.

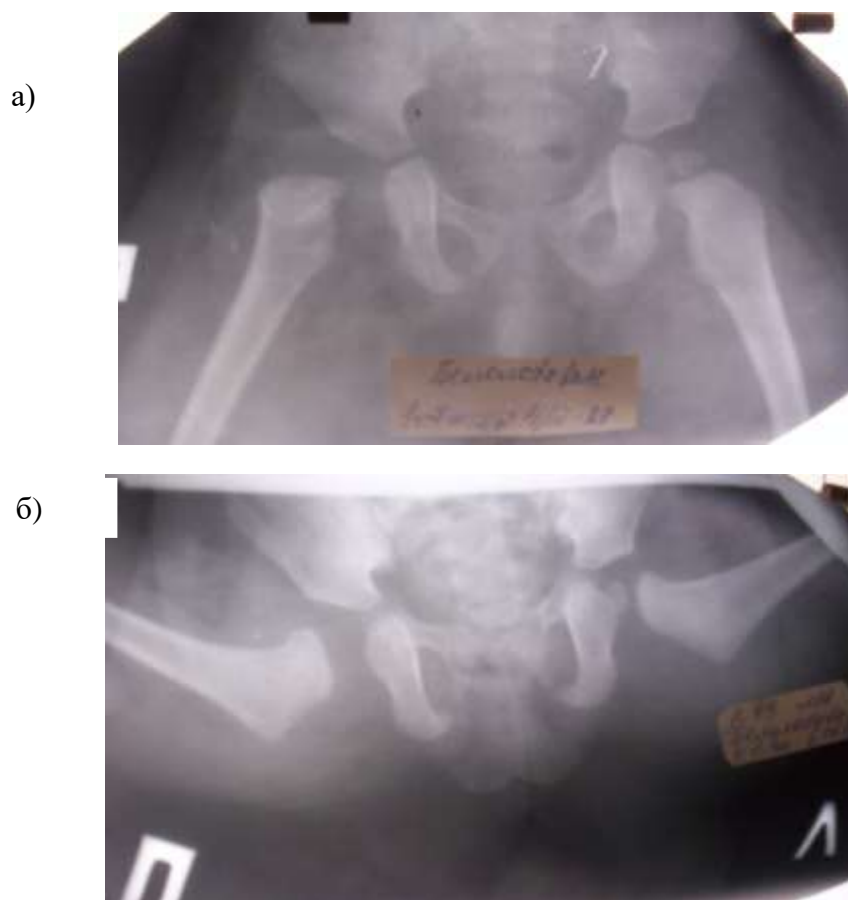


Рис. 2. Рентгенограммы больной Б-ой Н., 3 лет (и/б. №1322). Диагноз при поступлении «Деструктивный вывих правой бедренной кости с полным дефектом эпифиза головки бедренной кости»: а – прямая проекция, б – аксиальная проекция.

В дальнейшем больной (1993 г.) проведена повторная операция в виде транспозиции большого вертела по Лексеру-Уитмену. В возрасте 14 лет

(рис. 3) произведено удлинение бедра на 6 см. Контрольный (отдаленный) осмотр произведен через 15 лет (рис. 4).



*Рис. 3. Рентгенограммы той же больной, отдаленный результат: а - процесс удлинения бедра – через 11 лет после проведенной реконструкции ПОБК; б – рентгенография тазобедренного сустава через 15 лет после операции*



*Рис. 4. Функциональный результат лечения той же больной через 15 лет с момента операции*

Таким образом:

- больные с полным дефектом эпифиза головки бедренной кости составили 17,48% от числа всех больных с различными видами ортопедических осложнений ОГМЭО в области тазобедренного сустава;

- больным с полным дефектом эпифиза головки бедренной кости показана пересадка части подвздошной кости области передне-верхней ости, содержащей апофиз с ростковой пластинкой и питающей мышечной ножкой на культю шейки бедра с целью восстановления конгруэнтности в суставе и сохранения потенции ПОБК к росту (по патенту

№2125848);

- данный способ может быть выполнен у детей до пятилетнего возраста, то есть в периоде интенсивного роста;

- положительный результат лечения получен в 6 случаях из 7;

- забор ауто трансплантата на питающей мышечной ножке следует проводить малотравматично. В качестве питающей мышечной ножки предпочтительнее использование *m. tensor fascia latae*. При использовании разработанного нами устройства возможность осложнений уменьшается.