New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (95) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (95)

2026

Сентябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2026, Accepted: 10.09.2026, Published: 15.09.2026

УДК 616.728.2-053.

СПОСОБ ОДНОМОМЕНТНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА С АПОФИЗЕОДЕЗОМ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алпысбаев Х.Ш. Email: xojaahmed@bk.ru
Джураев А.М. Email: JuraevA@mail.ru
Тапилов Э.А. Email: TapilovE@mail.ru
Кушабаев А.Н. Email: qoshabayevalisher@gmail.com
Раимов О.Х. Email: RaimovO@mail.ru

Республиканский центр детской ортопедии МЗ РУз Узбекистан, Узбекистан, Ташкентская область, Кибрайский р-н, ул. Университетская, 8 тел: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, улица Тараккиет, 78, г. Ташкент, 100047, телефон: +998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Резюме***

Проанализированы ближайшие результаты лечения 72 детей в возрасте от 7 до 12 лет с многоплоскостными деформациями проксимального отдела бедренной кости при асептическом некрозе головки бедренной кости после бескровного вправления врожденного вывиха бедра. При лечении пациентов применялись следующие виды оперативного лечения: внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей и ротационной остеотомией бедренной кости с «апофизиодезом» большого вертела в каудальном направлении. У всех больных исчезла боль и хромота, внутренняя ротация нижних конечностей при ходьбе и улучшился объем движений в тазобедренном суставе. Улучшились рентгенометрические показатели, характеризующие соотношения вертлужной впадины и головки бедренной кости и угловые величины тазобедренного сустава и проксимального отдела бедренной кости. Корригирующие межвертельные ротационные остеотомий бедра с «апофизиодезом» большого вертела бедренной кости могут быть с успехом использованы в лечении многоплоскостных деформаций проксимального отдела бедренной кости после бескровного вправления врожденного вывиха бедра у детей. Операции позволяют изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела.

Ключевые слова: Проанализированы ближайшие результаты, многоплоскостными деформациями проксимального отдела бедренной кости при асептическом некрозе головки бедренной кости, внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей и ротационной остеотомией бедренной кости с «апофизиодезом» большого вертела в каудальном направлении.

PROKSIMAL SONNING DEFORMATSIYASINI FEMURNING KATTA TROKANTERINING APOFIZEODEZI BILAN BIR VAQTDA TUZATISH USULI

Alpisbaev X.Sh., Juraev A.M., Tapilov E.A., Kushabaev A.N., Raimov O.X.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika bolalar ortopediyasi markazi, O‘zbekiston, Toshkent viloyati, Qibray tumani, ko‘ch. Universitetskaya, 8
Tel: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, 100047, Toshkent shahar, Taraqqiyot ko'chasi, 78-uy tel:+998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Rezyume***

Tug'ma kestirib dislokatsiyasini qonsiz kamaytirgandan so'ng, femur boshining aseptik nekrozida proksimal femurning ko'p tekislikli deformatsiyalari bilan 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan 72 bolani davolashning yaqin natijalari tahlil qilindi. Bemorlarni davolashda quyidagi jarrohlik davolash usullari qo'llanilgan: femur boshining bo'g'imlararo detorsion-varizatsiyalovchi yoki devarizatsiya qiluvchi va aylanadigan osteotomiyasi bilan kaudal yo'nalishda katta trokanterning "apofiziodezi" bilan artikulyar yoki ochiq markazlashtirilishi. Barcha bemorlarda og'riq va oqsoqlik yo'qoldi, yurish paytida pastki ekstremitalarning ichki aylanishi va kestirib qo'shilishda harakatlanish hajmi yaxshilandi. Asetabulum va femur boshining nisbatlarini va kestirib qo'shma va proksimal femurning burchak qiymatlarini tavsiflovchi rentgenometrik ko'rsatkichlar yaxshilandi. Femurning katta trokanterining "apofiziodezi" bilan tuzatuvchi intervertel rotatsion femur osteotomiyalari bolalarda tug'ma femur dislokatsiyasining qonsiz qisqarishidan so'ng proksimal femurning ko'p tekislikli deformatsiyalarini davolashda muvaffaqiyatli qo'llanilishi mumkin. Operatsiyalar bosh va femur bo'yinining fazoviy holatini uchta tekislikda o'zgartirishga va katta trokanterning holatini normallashtirishga imkon beradi.

Kalit so'zlar: yaqin natijalar tahlil qilindi, femur boshining aseptik nekrozida proksimal femurning ko'p tekislikli deformatsiyalari, femur boshining bo'g'imlararo detorsion-varizatsion yoki devarizatsiya qiluvchi va aylanadigan osteotomiyasi bilan femur boshining bo'g'imdan tashqari yoki ochiq markazlashuvi, kaudal yo'nalishda katta trokanterning "apofiziodezi" bilan.

METHOD FOR ONE-STEP CORRECTION OF DEFORMATION OF THE PROXIMAL FEMUR WITH APOPHYSEODESIS OF THE GREATER TROCHANTER OF THE FEMORAL BONE

Alpisbaev X.Sh., Juraev A.M., Tapilov E.A., Kushabaev A.N., Raimov O.X.

Republican Center for Children's Orthopedics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
Uzbekistan, Tashkent region, Kibray district, st. Universitetskaya, 8
Tel: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
Republican Specialized Traumatology and Orthopedics Scientific and Practical Medical Center, Taraqqiyot Street, 78, Tashkent city, 100047, phone: +998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Resume***

The immediate results of treatment of 72 children aged 7 to 12 years with multilane deformities of the proximal femur with aseptic necrosis of the femoral head after bloodless reduction of congenital hip dislocation were analyzed. The following types of surgical treatment were used in the treatment of patients: extra-articular or open centering of the femoral head with intervertebral detorsion-varizing or devarizing and rotational osteotomy of the femur with «apophyseodesis» or reduction of the large trochanter in the caudal direction. In all patients, pain and lameness disappeared, internal rotation of the lower extremities when walking and the volume of movements in the hip joint improved. The radiometric indicators characterizing the ratios of the acetabulum and the femoral head and the angular values of the hip joint and the proximal femur have improved. Corrective intervertebral rotational osteotomies of the femur with «apophysiodesis» in the treatment of multi-plane deformities of the proximal femur after bloodless reduction of congenital hip dislocation in children. Operations allow you to change the spatial position of the femoral head and neck in three planes and normalize the position of the large spit.

Keywords: The immediate results of multi-plane deformities of the proximal femur in cases of aseptic necrosis of the femoral head were analysed; extra-articular or open centralisation of the femoral head with intertrochanteric detorsion-varus or varus and rotational osteotomy of the femur, with "apophysiodesis" of the greater trochanter in the caudal direction.

Актуальность

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) – частое и тяжёлое осложнение, возникающее после вправления врождённого вывиха бедра у детей, приводящее к раннему развитию диспластического коксартроза, заметно удлиняющее период долечивания детей и во многом определяющее функциональный и анатомический исход [1,3,5,8]. По данным литературы, частота указанного осложнения при закрытом вправлении вывиха бедра варьирует от 10 до 60 % [13,18,20]. У 60-80% пациентов наблюдается торпидное течение заболевания, что приводит к развитию грубых анатомических деформаций проксимального отдела бедренной кости. Несомненно, многократные попытки вправления, оканчивающиеся безрезультатно независимо от причины, в

сочетании с длительной иммобилизацией в гипсовой повязке в антефизиологическом положении нижних конечностей приводят к ятрогенным повреждениям структуры сустава, вызывают васкулярные нарушения, что в конечном итоге инициирует возникновение различных деформаций головки бедренной кости [2,3,4,6,9,15,19]. Деформаций проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) у детей после АНГБК не являются редкостью и часто требуют выполнения сложных хирургических вмешательств [11,17,21]. Тяжесть остаточных деформаций, по мнению Luhmann S.J. et al, Herold H.Z. зависит от тяжести поражения ядра окостенения эпифиза головки бедренной кости, в начале патологического процесса. [16,20]. Считается, что II тип деформации по Kalamchi встречается наиболее часто и составляет от 25 до 61% [17,19]. Нередко при данном типе патологии помимо перечисленных проблем развивается многоплоскостная деформация ПОБК проксимального отдела бедренной кости [4]. Лечение II типа деформации ПОБК по Kalamchi-MacEwen: является чрезвычайно сложным, причем самым трудным считается коррекция многоплоскостных деформаций, при которых основной задачей вмешательства - нормализация всех отклонений, «насколько это возможно» [22], а посвященные ему работы - единичными [19]. Проблема лечения АНГБК и последствии нарушения роста латеральной части проксимальной ростковой пластинки бедра не всегда приводит к удовлетворительным результатам [7,11,12,17,22,]. Для нормализации соотношений в суставе хирургический метод является единственным, причем N. Clarke [14] основной задачей лечения деформаций после АН видел в их «минимизации хирургическим путем», а Ю.И. Поздникин [9] «идеалом лечения» считал восстановление формы и функции сустава. Методы хирургической коррекций деформаций ПОБК должны применяться дифференцированно в разных возрастных группах с учетом результатов комплексной оценки состояния тазобедренного сустава и биомеханического прогноза его развития после планируемой реконструкции. Эти вмешательства проводятся больным старше двухлетнего возраста при выраженных остаточных деформациях проксимального отдела бедренной кости при АНГБК после консервативного лечения врожденного вывиха бедра, в стадии исхода, когда имеются четкие признаки децентраци и нарушения конгруэнтности суставных поверхностей.

Цель исследования: изучит результатов одномоментной коррекции деформации проксимального отдела бедра с апофизеодезом большого вертела бедренной кости.

Материалы и методы

Проанализированы ближайшие результаты лечения 72 детей, в возрасте от 7 до 12 лет с многоплоскостными деформациями проксимального отдела бедренной кости при АНГБК после бескровного вправления врожденного вывиха бедра. У всех больных отмечалась многоплоскостная деформация проксимального конца бедренной кости: подвывих бедра, варусная или вальгусная деформация и укорочение шейки бедра, вальгусное отклонение эпифиза, высокое стояние большого вертела и отрицательное значение артикулотрохантерной дистанции. При рентгенологическом обследовании детей рентгенография тазобедренных суставов производилась в передне-задней проекции при среднем положении бёдер, при внутренней ротации и отведении нижней конечности. На рентгенограммах измеряли показатели характеризующие угловые величины тазобедренного сустава и проксимального отдела бедренной кости: угол вертикального наклона впадины, угол вертикального соответствия, ацетабулярный угол, шеечно-диафизарный угол, угол антеверсии, угол Альсберга, коэффициент костного покрытия и показатели, характеризующие соотношение головки бедра и большого вертела во фронтальной плоскости: артикуло-трохантерная дистанция, трохантерно-трохантерная дистанция, артикуло-маловертельная дистация (Рис.№1).

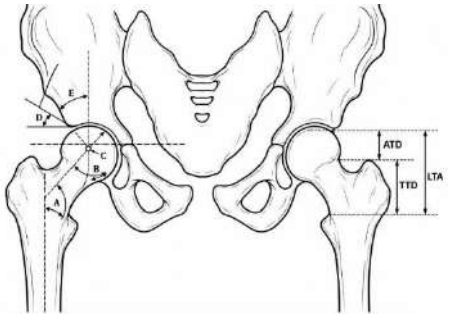


Рис.№1. Рентгенологические показатели тазобедренного сустава.

Показанием к применению корригирующих остеотомий явились совокупность клинико-рентгенологических данных: хромота, порочная установка нижней конечностей, значимое ограничение отведения бедра, слабость ягодичных мышц, нарушение соотношений в тазобедренном суставе, подвывих бедра, деформация проксимального отдела бедренной кости: coxa valga (каудальная позиция большого вертела), coxa vara (краниальная позиция большого вертела), coxa breva, высокое положение относительно головки бедра (relative overgrowth of the greater trochanter), coxa magna, а не само укорочение нижней конечности. При лечении пациентов применялись следующие виды оперативного лечения: внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей и ротационной остеотомией бедренной кости с «апофизиодезом» большого вертела в каудальном направлении при ацетабулярной дисплазии с пластикой крыши вертлужной впадины по Пембертону. Результаты лечения проанализированы в срок от 8 месяцев до 3 лет. Клинические исходы оценены по McKey.

Способ одномоментной коррекции деформации проксимального отдела бедра с «апофизеодезом» большого вертела бедренной кости осуществляют следующим образом. Он включает открытую (внесуставную) центрацию головки бедренной кости, межвертельную корригирующую остеотомию бедренной кости с фиксацией костных отломков пластиной Блаунта и 3 мя винтами при запланированном шеечно-диафизарном угле 115^{o} -120 ^{o} и угле антеторсии 10^{o}, отличающийся тем, что одномоментно производится поднадкостничное частичное обнажение бедренной кости для визуализаций зоны роста большого вертела и рассверливание зоны роста апофиза большого вертела сверлом 2,8-3,0 мм. электродрели с целью полного разрушения зоны роста апофиза большого вертела на глубину, достаточную для нарушения ростковой зоны без полного разрушения апофиза и фиксация его двумя винтами, установленными параллельно или перекрестно, обеспечивающими стабильную компрессию апофиза к метафизу бедренной кости, после чего осуществляется окончательная фиксация проксимального отдела бедренной кости с наложением тазобедренной гипсовой повязки.

Клинический пример №1. Пациент Э.Э. 24.07.2011 г.р. Поступил в клинику с жалобами на появление боли и чувства усталости в левом тазобедренном суставе после физических нагрузок. Ранее лечилась по поводу врожденного вывиха левого бедра консервативно. Д-з: Врожденный вывих левого бедра. Состояние после бескровного вправления. Остаточный подвывих левого бедра вследствие асептического некроза головки. Деформация проксимального отдела бедренных костей II типа по Kalamchi: coxa vara, coxa breva et antetorsia, высокое стояние большого вертела. Ацетабулярная дисплазия.

Клинически: ходит самостоятельно, хромая на левую нижнюю конечность. Движения в тазобедренных суставах сагиттальной плоскости в полном объёме, разгибание-$180^0/0^0/180^0$, сгибание-$120^0/0^0/120^0$, отведение-$50^0/0^0/30^0$, внутренняя ротация-$40^0/0^0/60^0$, наружная ротация-$30^0/0^0/30^0$. Симптом Тренделенбурга положительный слева.

Рентгенологически: отмечается классическая деформация проксимального отдела левой бедренной кости по II типу: укорочение шейки бедра «coxa breva», поворот проксимального отдела бедра кпереди «antetorsia», гипертрофии большого вертела. Стабильность суставов снижена. Выраженное укорочение головки и шейки бедра. ШДУ: $130^0/125^0$, верхушка большого вертела левой бедренной кости расположена несколько ближе к верхнему полюсу головки (АТД слева 10 мм.), разрыв линии Шентона на 1,0 см. Рис. №1(а,б).



Рис№1(а)



Рис№1(б)

Рис. №1(а) рентгенография тазобедренных суставов: подвывих головки левого бедра, классическая деформация проксимального отдела левой бедренной кости по типу укорочение шейки бедра «coxa breva», поворот проксимального отдела бедра кпереди «antetorsia», гипертрофия большого вертела. Стабильность суставов снижена. Выраженное укорочение головки и шейки бедра. ШДУ: $130^0/100^0$, верхушка большого вертела левой бедренной кости расположена несколько ближе к верхнему полюсу головки (АТД слева 10 мм.), разрыв линии Шентона на 1, см.

Рис.№1(б) рентгенография в положении внутренней ротации левой нижней конечности: головка и шейка бедра укорочены и утолщены, центрированы на дно вертлужной впадины, ШДУ:100^0, АТД:10 мм., разрыв линии Шентона на 1,0 см, ацетабулярная дисплазия.

22.02.2019 г. произведено оперативное вмешательство: *внесуставная центрация головки левой бедренной кости с межвертельной деторсионно-вальгизирующей-заднеротационной остеотомией бедра, апофизеодезом большого вертела и пластикой крыши вертлужной впадины по Пембертону. Рис№1(в).*



Рис№1(в)

Рис№1(в): СПО: головка левой бедренной кости центрирована на дно вертлужной впадины, произведена межвертельная коррекция бедренной кости с фиксацией костных фрагментов «Г» образной пластиной и 3-мя винтами, апофизеодез большого вертела 2-мя винтами, перикапсулярная пластика крыши вертлужной впадины с наклоном дистального фрагмента кпереди, кнаружи и вниз со вставлением в образованный паз ауто трансплантата и синтезом его спицей. ШДУ:$130^0/130^0$.

08.08.2019 г. произведено оперативное вмешательство: *удаление металлоконструкции из проксимального отдела левого бедра и крыла подвздошной кости. Рис.№1(г)*



Рис№1(г)

*Рис№1(г).*СПО.Результат через 2 года года после оперативного лечения: головка левой бедренной кости центрирована на дно впадины, с хорошим покрытием крышей вертлужной впадины, ШДУ:$130^0/130^0$, АТД 8 мм.

Вмешательство позволило восстановить центрацию головки левой бедренной кости, шеечно-диафизарный угол, улучшить конгруэнтность суставных поверхностей, нормализовать

положение большого вертела, улучшить биомеханику сустава, удлинить шейку бедра и конечность в целом.

Клинический пример №2. Пациентка Б.Р, 2019 г.р. ИБ № 2554, поступила в отделение патологии тазобедренных суставов 18.09.2007 г. с диагнозом: врожденный вывих бёдер. Состояние после бескровного вправления. Подвывих головки левого бедра после асептического некроза головки левого бедра. Деформация проксимального отдела левой бедренной кости в виде «coxa vara» et «breva», «antetorsia» с гипертрофией большого вертела, АТД-0,8 см. Остаточный подвывих справа.

Объективно: отмечены все признаки двухстороннего вывиха бедра – хромота при ходьбе в обе стороны, ходьба с внутренней установки левой нижней конечности, большой вертел левой бедренной кости несколько выступает, длина нижних конечностей – относительное укорочение левой нижней конечности на 2,0 см., ограничение движений в левом тазобедренном суставе - разгибание 180º/180º, сгибание 120º/110º; отведение 50º/40º; внутренняя ротация 70º/60º; наружная ротация 30º/30º; симптом Тренделенбурга - положительный слева.

Рентген-исследование: деформаций проксимального отдела левой бедренной кости в виде “coxa vara et breva», «antetorsia» с гипертрофией большого вертела, АТД-0,8 см. Остаточный подвывих головки правого бедра. (положение 0 ротации нижних конечностей). (Рис.2а)



29.09.2019 г. произведено оперативное вмешательство: *внесуставная центрация головки левой бедренной кости с межвертельной деторсионно-вальгизирующей-заднеротационной остеотомией бедра с апофизеодезом большого вертела..* Рис№2(б,в).



Рис№2(б). **СПО. Интраоперационная картина и рентгенограмма тазобедренных суставов.**

Рис№2(в). СПО. Головка левой бедренной кости центрирована на дно вертлужной впадины, произведена межвертельная коррекция бедренной кости с фиксацией костных фрагментов «Г» образной пластиной и 3-мя винтами, апофизеодез большого вертела 2-мя винтами,. ШДУ:$130^0/130^0$.

08.08.2019 г. произведено оперативное вмешательство: *удаление металлоконструкции из проксимального отдела левого бедра.Рис.№1(г)*



Рис.№2(г).

Рис.№2(г). СПО. Головка левой бедренной кости центрирована на дно вертлужной впадины, произведена межвертельная коррекция бедренной кости с фиксацией костных фрагментов «Г» образной пластиной и 3-мя винтами, «апофизеодез» большого вертела 2-мя винтами,. ШДУ:$130^0/130^0$.

21.08.2024 г. произведено оперативное вмешательство: *удаление металлоконструкции из проксимального отдела левого бедра.* Рис№2(д). В результате через 2 года после оперативного лечения: была достигнута опороспособность обеих нижних конечностей и устранена хромота. Пациентка ходит не хромает. Симптом Тренделенбурга с обеих сторон отрицательный. Относительная длина нижних конечностей одинаковая. Движения в тазобедренных суставах достигли удовлетворительного объема: разгибание $180^o/180^o$, сгибание $110^o/100^o$, отведение $50^o/50^o$.



Рис№2(д). СПО. Головка левой бедренной кости центрирована на дно вертлужной впадины. Полный «апофизеодез» большого вертела ШДУ:$130^0/130^0$. Вмешательство позволило восстановить центрацию головки левой бедренной кости, шеечно-диафизарный угол, улучшить конгруэнтность суставных поверхностей, нормализовать положение большого вертела, улучшить биомеханику сустава, удлинить шейку бедра и конечность в целом.

На обзорной рентгенограмме тазобедренных суставов Головка обеих бедренных костей находятся во впадине, центрированы на дно впадины. ШДУ:120 ^{o}, АТД-2,5 см. Полная консолидация костных фрагментов в межвертельной области бедренных костей и полный апофизеодез большого вертела левой бедренной кости Рис.2 (д).

Результаты и обсуждения

Нарушение роста и формирования проксимального конца бедренной кости зависит от преждевременного закрытия ростковой зоны, её «эпифизеодеза» в том или ином её отделе после бескровного вправления врожденного вывиха бедра. Больные поступали в клинику с жалобами на появление боли и чувства усталости в или тазобедренном суставе после физических нагрузок. Все они ранее лечились по поводу врожденного вывиха бедра консервативно. В динамике диагностирован асептический некроз головки бедренной кости с развитием различных деформаций проксимального отдела бедра в зависимости от возраста ребенка, анатомического состояния тазобедренного сустава на тот момент. Большинство больных обратились в стационар жалобами на ходьбу с внутренней ротацией нижни х конечностей, хромоту, быструю утомляется при длительных прогулках и усталость в ногах. Нами оценены рентгенологические критерии стабильности, центрации головки бедра в вертлужной впадине и конгруэнтности пораженных

тазобедренных суставов. Рентгенологический контроль осуществлялся через 3-6-12 месяцев после операции, а затем один раз в год. Предложенный способ оперативного лечения деформаций проксимального отдела бедренной кости являются достаточно эффективным вмешательством, позволяющим улучшить клинические и рентгенометрические показатели тазобедренного сустава и тем самым расширить возможности реконструктивно-восстановительной оперативных вмешательств у данной категории детей.

Заключение

Выполнение хирургического вмешательства в детском возрасте необходимо осуществлять не только с учетом существующих отклонений, но и тех деформаций, которые неизбежно возникнут в результате, продолжающегося функционирования поврежденных зон роста проксимального отдела бедренной кости. Дистрофические поражения после бескровного вправления врождённого вывиха бедра могут поражать головку в сочетании с поражением ростковой зоны шейки бедренной кости. Нарушение роста и формирования проксимального отдела бедренной кости зависит от преждевременного закрытия ростковой зоны, её частичного или тотального «эпифизиодеза» в том или ином её отделе после бескровного вправления. Достаточно часто формирование деформации сопровождается нарушением стабильности сустава как в силу вальгусного отклонения головки бедра, так и в связи с вторичной дисплазией вертлужной впадины, децентрацией головки бедренной кости, инконгруэнтностью суставных поверхностей и проксимальной миграцией большого вертела. Каждый тип деформации требует коррекции присущих ей отклонений, в том числе и многоплоскостных. Корригирующие межвертельные ротационные остеотомий бедра с «апофизеодезом» большого вертела бедренной кости могут быть с успехом использованы в лечении многоплоскостных деформаций проксимального отдела бедренной кости после бескровного вправления врожденного вывиха бедра у детей. При ацетабулярной дисплазии они могут быть дополнены пластикой вертлужной впадины. Способ позволяет изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела. Все дети, перенесшие асептический некроз головки бедренной кости, даже без признаков нарушения стабильности тазобедренного сустава, нуждаются в динамическом наблюдении, для выбора оптимальных сроков коррекции формирующейся деформации в случае необходимости. Анализ результатов хирургического лечения асептического некроза головки бедренной кости показал, что коррекция вторичных изменений анатомии проксимального отдела бедра и нарушений суставных соотношений оказывает позитивное влияние на течение репаративных процессов и препятствует дальнейшему прогрессированию патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абакаров АА, Гусейнов АГ. Новый метод комплексной профилактики асептического некроза при лечении врождённого вывиха бедра у детей. В: Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. СПб.; 2000. С. 314-315.
2. Алпысбаев ХШ. Ранняя диагностика, профилактика и лечение асептического некроза головки бедренной кости после консервативного вправления врождённого вывиха бедра у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент; 2009. 22 с.
3. Ахтямов ИФ. Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава у детей и подростков. Казань; 2003. С. 6-13.
4. Белецкий А, Ахтямов И, Богосьян А, Герасименко М. Асептический некроз головки бедренной кости у детей. Казань; 2010. 255 с.
5. Винокуров ВА, Бахтеева НХ, Бирюкова ЛИ, Саидов РМ. В: Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. СПб.; 2004. С. 218.
6. Куценок ЯБ, Рулла ЭА, Мельник ВВ. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный подвывих и вывих бедра. Киев: Здоровья; 1992. 182 с.
7. Малахов ОА, Кожевников ОВ, Иванов АВ. Лечение болезни Легг-Кальве-Пертеса методами демпферной динамической разгрузки с применением биосовместимых

полимеров нового поколения. В: Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. Санкт-Петербург; 1998. С. 149-151.
8. Малахов ОА, Цыганкова ЕЕ. В: Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. СПб.; 2005. С. 229-230.
9. Поздникин ЮА. Ацетабулопластика-остеотомия таза как метод реконструкции диспластической вертлужной впадины. Ортопедия, травматология и протезирование. 1983;(3):35-36.
10. Соколовский АМ, Крисюк АС. Хирургическое лечение заболеваний тазобедренного сустава. Минск: Навука і тэхніка; 1993. 248 с.
11. Соколовский АМ, Соколовский ОА, Ковальчук ОВ, Лихачевский ЮВ. Оперативная коррекция деформаций II типа по Kalamchi после перенесенного аваскулярного некроза проксимального отдела бедра у детей. В: Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. Сыктывкар; 2008. С. 249-250.
12. Bar-On E, Huo MH, DeLuca PA. Early innominate osteotomy as a treatment for avascular necrosis complicating developmental hip dysplasia. J Pediatr Orthop B. 1997;6(2):138-145. doi:10.1097/01202412-199704000-00010.
13. Brougham DI, Broughton NS, Cole WG, Menelaus MB. Avascular necrosis following closed reduction of congenital dislocation of the hip: review of influencing factors and long-term follow-up. J Bone Joint Surg Br. 1990;72(4):557-562. doi:10.1302/0301-620X.72B4.2380203.
14. Clarke NM, Jowett AJL, Parker L. The surgical treatment of established congenital dislocation of the hip: results of surgery after planned delayed intervention following the appearance of the capital femoral ossific nucleus. J Pediatr Orthop. 2005;25(4):434-439. doi:10.1097/01.bpo.0000158003.68918.28.
15. Connolly P, Weinstein SL. The course and treatment of avascular necrosis of the femoral head in developmental dysplasia of the hip. Acta Orthop Traumatol Turc. 2007;41(Suppl 1):54-59.
16. Herold HZ. Unilateral congenital hip dislocation with contralateral avascular necrosis. Clin Orthop Relat Res. 1980;(148):196-202. doi:10.1097/00003086-198005000-00032.
17. Kim HW, Morcuende JA, Dolan LA, Weinstein SL. Acetabular development in developmental dysplasia of the hip complicated by lateral growth disturbance of the capital femoral epiphysis. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(12):1692-1700. doi:10.2106/00004623-200012000-00002.
18. Kruczynski J. Avascular necrosis of the proximal femur in developmental dislocation of the hip: incidence, risk factors, sequelae and MR imaging for diagnosis and prognosis. Acta Orthop Scand Suppl. 1996;67(Suppl 268):1-48.
19. Luedtke LM, Flynn JM, Pill SG. A review of avascular necrosis in developmental dysplasia of the hip and contemporary efforts at prevention. Univ Pennsylv Orthop J. 2000;13:22-28.
20. Luhmann SJ, Schoenecker PL, Anderson AM, Bassett GS. The prognostic importance of the ossific nucleus in the treatment of congenital dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(12):1719-1727. doi:10.2106/00004623-199812000-00001.
21. Maquet P. Biomechanics of hip dysplasia. Acta Orthop Belg. 1999;65(3):302-314.
22. Millis MB, Murphy SB, Poss R. Osteotomies about the hip for the prevention and treatment of osteoarthrosis. Instr Course Lect. 1996;45:209-226.

Поступила 20.08.2026