

ПРОФІЛАКТИКА ФЕМОРО-АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОНФЛІКТУ ПРИ ВИКОНАННІ ОСТЕОТОМІЇ ТАЗУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Незважаючи на більш ніж 60-річний досвід виконання остеотомій тазу (першу остеотомію тазу запропонував К. Chiari в 1950 році) це хірургічне втручання залишається технічно складним, з малопрогнозованим результатом при наявності асферичних взаємин в суглобі. Впровадження високотехнологічних остеотомій: бернської періацетабулярної за Ганц та білоруської потрійної за Соколовським дозволило теоретично і практично вирішити проблему ацетабулярної мальпозиції і дефіциту і при сферичних взаємовідношеннях в кульшовому суглобі. При інконгруентних взаєминах створений остеотомією таза додатковий контакт з асферичною частиною головки може викликати розвиток синдрому фемороацетабулярного конфлікту (СФАК). СФАК – це патогенетичний синдром, біомеханічна суть якого в нефізіологічному контакті суглобових структур кульшового суглоба при рухах неекстремальної амплітуди. Триваючий динамічний конфлікт викликає не тільки пошкодження губи і суглобового хряща головки і западини, але і порушення формування структур кульшового суглоба у дітей та підлітків.

Мета цього дослідження – обґрунтувати можливість розширення показань до реорієнтуючої остеотомії таза за наявності асферичних взаємин в суглобі.

Матеріалом даного дослідження стали 21 па-

цієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі захворювань суглобів у дітей та підлітків ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» у 2005 – 2011 роках. Всі операції включали етап інтраопераційного контролю версії западини. Всім пацієнтам з наявністю клінічних та рентгенологічних ознак фемороацетабулярного конфлікту, або його прогнозування в результаті збільшення перекриття головки западиною було виконано: артротомія, ревізія губи і усунення інконгруентності остеохондропластиком. У двох пацієнтів у подальшому була виконана вальгізаційна остеотомія стегнової кістки. **Методи дослідження:** клінічний рентгенологічний, статистичний.

Оцінку результатів лікування проводили на підставі даних опитувальника для визначення функції кульшового суглоба. Середній бал до операції 54.15 (у 3.6), через рік і більше після операції 66.7 (у 5.4). Визначено статистично значуще поліпшення функції засноване на ранговій критерії Вілкоксона ($p = 0,001$).

Висновки

Методами профілактики синдрому фемороацетабулярного конфлікту є точно інтраопераційне відновлення ацетабулярного версії, резекційних остеохондропластика при частковій асферичності і вальгізуюча остеотомія при тотальній асферичності головки.