**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА**

**Тиляков Х.А., Тилаков Б.Т., Тиляков А.Б.**

Самаркандский Государственный медицинский институт

Кафедра травматологии и ортопедии

г. Самарканд. Узбекистан

**Введение.** Хирургическое лечение врождённого вывиха бедра у детей стар­шего возраста и подростков представляет одну из сложнейших проб­лем современной ортопедии, что обусловлено значительной вариабель­ностью анатомических изменений и степенью выраженности вывиха.

Существующие реконструктивные операции на теле или на крыле подвздошной кости, предусматривающие создание навеса над головкой бедренной кости, исключают вероятность нарушения формы тазового кольца, повреждения сосудов и нервов, проходящих вблизи седалищной вырезки.

Проблема устранения нестабильности тазобедренного сустава у детей и подростков, несмотря на вековую историю на сегодняшний день не нашел своего окончательного решения. Ортопеды все еще продолжают заниматься разработкой более, оптимальных методов для решений данного вопроса.

Целью нашего исследования: оценить эффективность применения нашего способа создания навеса над головкой бедренной кости по устранению диспластической н нестабильности тазобедренного сустава, выявление его недостатков и осложнений.

**Материал и методы исследования.** Наш клинический опыт базирован на анализе результатов, выполненных нами хирургических вмешательств в целях восстановления вертикальной стабильности диспластического тазобедренного сустава, путем создания навеса над головкой бедренной кости у детей и подростков с врожденным вывихом бедра.

Под нашем наблюдением за период 2010 по 2016г находились 70 больных с врожденным вывихом бедра, в возрасте от 13 до 18 лет (девочек было 57, мальчиков 13). Для более тщательного анализа клинико-рентгенологических показателей пациенты по степени вывиха были распределены на две группы. Первую группу составили дети и подростки с высоким надацетабулярным и подвздошным вывихом III-IV степени 44-пациентов. Вторую группу вошли дети и подростки с предвывихом и подвывихом бедра с I-IIстепенью 26- больных.

Из общего числа обследованных больных, у 34 ранее проводилось консервативное вправление врожденного вывиха бедра. У этих пациентов как, правило, наблюдались признаки раннего коксартроза. При поступлении все больные жаловались на боль в тазобедренном суставе, нарушение походки. Повышенная утомляемость было у 53 пациентов в возрасте 13-18 лет. Хромота и симптом Дюшена-Тренделенбурга наблюдался почти у всех больных, величина опускания передне - верхней ости таза составила, от 1 до 4см.

Одной из причин нарушений опорных реакций больных являлось дислокационное укорочение конечности. У больных первой группы с вывихом III-IV степени, укорочение достигало 4-6см у 24 больных, и от 6 до 10 см у 20 пациентов. Дислокационное укорочение у больных второй группы с вывихом I-II степени до 2см было у 12 пациентов, а у остальных 14 укорочение достигало 4см. У 28 больных первой группы, (с высоким III-IV степени вывихом) наблюдалась выраженная сгибательно-приводящая контрактура конечности.

Необходимость проведения операций обуславливает нарастание болей в тазобедренном суставе, повышенной утомляемостью, что связанна с нестабильностью в тазобедренном суставном сочленении. В случае деформации головки бедренной кости, костного покрытия ее на 1/3, патологической антеторсии более 40-450 и вальгусного положения шейки более 140-1450 операция по созданию навеса дополнялось деторсионно-варизирующей межвертельной остеотомией, учитывая натяжение подвздошно-поясничной мышцы, после деторсионной остеотомии отсекли сухожилие этой мышцы у места прикрепления к малому вертелу. При выраженной сгибательной контрактуре тазобедренного сустава так же производили тенотомию сухожилия прямой мышцы у места прикрепления к передненижней ости подвздошной кости.

**Результаты и обсуждение.** Результаты оперативных вмешательств, прослежены в сроки от 1 года до 6 лет. При анализе результатов лечения выявлено прекращение боли в тазобедренном суставе у 33 больных наблюдавшихся до операции, улучшилось опорность конечности, увеличилось продолжительность ходьбы без утомления. У отдельных больных второй группы отсутствовал симптом Дюшена-Тренделенбурга, дислокационное укорочение у большинства оперированных больных, как первой, так и второй группы значительно уменьшилось, но сохранялось в пределах от 1 до 1,5 см.

Таким образом, из общего числа оперированных больных хороший результат получен у 27 (38,5%), удовлетворительный у 34(48,5%), неудовлетворительный у 9 (13,8%) пациентов.

**Выводы**

1. Больные с диспластической нестабильностью, тазобедренного сустава нуждаются выполнений стабилизирующих оперативных вмешательств, что позволяет предупредить прогрессирование деформирующего коксартроза со всеми его последствиями
2. Для центрации головки бедренной кости во впадину и на созданный навес над головкой бедренной кости в показанных случаях вмешательств, должно сочетаться с выполнением межвертельной варизирущей остеотомии бедренной кости.
3. Разработанное нами вмешательство по созданию навеса над головкой бедренной кости является сугубо паллиативным и сохраняет в себе преимущество всех внесуставных вмешательств, что обеспечивает в большинстве случаев благоприятный исход.