

УДК 617.582-001.6-089-053.2

Хирургическое лечение дистензионного патологического вывиха бедра у детей

П.С. АНДРЕЕВ, А.П. СКВОРЦОВ, М.Р. ГИЛЬМУТДИНОВ

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Андреев Петр Степанович

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник
420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138
тел. 8-903-307-99-50, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru

Дистензионные патологические вывихи бедра разделяют по типам и формам. Формы дистензионных «состоявшихся» вывихов бедра у детей и методы их хирургического лечения аналогичны больным с врожденным вывихом бедра и должны быть направлены на восстановление нормальных биомеханических взаимоотношений проксимального отдела бедра и тазового компонента, при этом необходимо учитывать возможность «вспышки» дремлющей инфекции.

Ключевые слова: острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит (ОГМЭО), проксимальный отдел бедренной кости (ПОБК), реконструктивно-восстановительные операции, дистензионный вывих.

Surgical treatment of functional pathological dislocation of a femor in children

P.S. ANDREEV, A.L. SKVORTSOV, M.R. GILMUTDINOV

Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

Functional pathological dislocations of a femor vary in types and shapes. Shapes of recent functional dislocations of femora in children and their surgical modalities are equivalent to patients with congenital dislocation of the hip, and should be focused on restoration of normal biomechanical relationships of the proximal femur and pelvic component, herewith, it is necessary to take into account the possibility of cryptogenic infection outbreak.

Key words: acute haematogenous metaepiphyseal osteomyelitis (AHMO), proximal femur (PF), reconstructive operations, functional dislocation.

Заболеваемость острым гематогенным остеомиелитом составляет 0,3-0,75% на 1000 детского населения. Последствия гематогенного остеомиелита составляют от 8,6 до 12% в структуре гнойно-септических заболеваний, а среди ортопедической патологии последствия гематогенного остеомиелита составляют от 3 до 6%. Количество ортопедических осложнений составляет от 31 до 71% [1]. У детей тяжесть заболевания в отдаленные сроки усугубляется поражением метаэпифизарных зон, что приводит к нарушению дальнейшего формирования опорно-двигательного аппарата.

Наиболее часто поражаются эпиметафизарная (54,5%) и метафизарная (39,6%) зоны длинных трубчатых костей [2-4], а по локализации чаще всего поражается бедренная кость как на одном, так и на нескольких уровнях, составляя 38-46% всех случаев гематогенного остеомиелита [3, 5].

Несмотря на достигнутые успехи в вопросе лечения последствий острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО) крупных суставов у детей и подростков в виде некоторого снижения числа больных с ОГМЭО, улучшением качества хирургического лечения и отдаленных функциональных результатов, количество ортопедических осложнений после ОГМЭО не снижается, а, наоборот, на фоне снижения общего количества больных с ОГМЭО наблюдается повышение числа ортопедических осложнений [1].

К достаточно редким осложнениям ОГМЭО относится патологический дистензионный вывих бедра у детей, в основе механизма возникновения которого лежит скопление экссудата в полости сустава, ведущего к растяжению капсулы и повышению внутрисуставного давления. При этом наступает внутрисуставной сдвиг головки бедра кнаружи и кверху. Несвоевременная де-

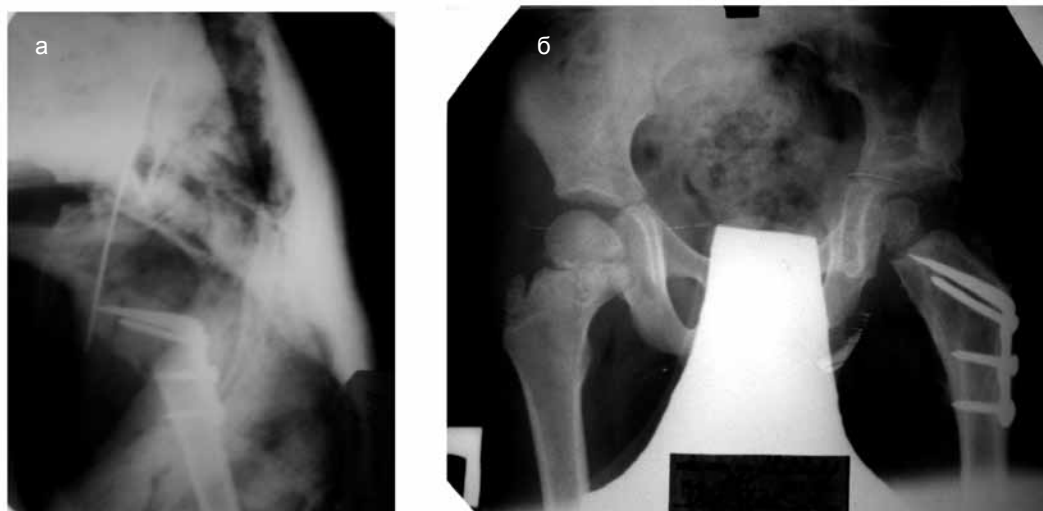
Рисунок 1 (а, б, в).

Рентгенограммы больных с дистензионным вывихом бедра: а — самовправившийся дистензионный вывих, аксиальная проекция (б-ная К-нова, 4 года, и/б № 7921); б — прямая проекция (та же больная); в — дистензионный состоявшийся вывих бедра, прямая проекция (б-ная С-рова Н., 4 года, и/б № 331)



Рисунок 2 (а, б).

Рентгенография больного С-рова Н., 4 года (и/б. № 331): а — после открытого вправления дистензионного вывиха бедра; б — после снятия гипсовой повязки и проведенного реабилитационного лечения



компрессия и санация первичного гнойного очага и эвакуация экссудата ведут к выталкиванию головки бедра из вертлужной впадины (гидравлическому выбросу), рефлекторному сокращению окружающих сустав мышц и формированию порочного положения конечности. Однако если своевременное хирургическое лечение, направленное на санацию гнойного очага, сопровождается ортопедическими мероприятиями, направленными на профилактику сгибательно-приводящих контрактур сустава с центрацией элементов проксимального отдела бедренной кости в вертлужной впадине, возможно развитие так называемого самовправившегося дистензионного вывиха бедра. «Самовправившийся» дистензионный вывих бедра встречается двух типов. Первому типу соответствует рентгенологическая картина врожденного вывиха бедра, и эти больные подвергались только консервативному лечению (в группу наблюдаемых больные не вошли, так как не требовалось оперативного лечения). Второй тип «самовправившегося» дистензионного вывиха бедра наблюдался в виде остаточных подвывихов бедра и характеризовался наличием значительного интерпоната в суставе в виде обширных рубцовых разрастаний (рис. 1а, б, в).

Степень изменения в суставе напрямую зависит от адекватности хирургического лечения, своевременности диагностики, оказываемого ортопедического посо-

бия при купировании гнойного процесса. В случае их отсутствия формируется дистензионный вывих бедра, получивший в литературе название «состоявшегося дистензионного вывиха» (рис. 1в).

Отсутствие деструктивных изменений ПОБК относит дистензионный вывих бедра вследствие перенесенного ОГМЭО в области тазобедренного сустава, к наиболее благоприятной форме ортопедического осложнения в свете последующего оперативного лечения. Хирургическое лечение дистензионного вывиха бедра, по своей сути, аналогично лечению врожденного вывиха бедра у детей и имеет практически те же формы (подвывих, маргинальный, надацетабулярный, подвздошный). Лечение дистензионного вывиха бедра можно продемонстрировать на примере больного С-рова Н., 4 года (история болезни № 331), поступившего в отделение детской ортопедии НИЦТ «ВТО» с диагнозом: Патологический дистензионный вывих правого бедра на почве перенесенного острого гематогенного остеомиелита. На предоперационных рентгенограммах (рис. 1в) ШДУ составлял 151° , АИ — 39° . Угол АТ, определенный по аксиальной рентгенограмме, был равен 52° . 31.01 2001 г. больному под общим обезболиванием произведено открытое вправление вывиха правого бедра, деторсионно-варизирующая остеотомия правой бедренной кости с фиксацией металлоконструкцией и



остеотомия таза. Во время операции ШДУ установлен в пределах 135° (по аналогии с ШДУ на здоровой стороне). Фрагменты фиксированы углообразной пластиной (на бедре) и спицами (кости таза). Угол АТ составил 15°. Имобилизация тазобедренной гипсовой полуторной повязкой продолжалась в течение 1,5 месяца (рис. 2а). Больному была проведена механотерапия на тазобедренный сустав. Тепловые процедуры и физиотерапия не назначались. На контрольной рентгенограмме через год после операции движения в тазобедренном суставе в полном объеме, жалобы отсутствуют, походка не нарушена. Симптом Дюшена — Тренделенбурга отрицательный (рис. 2б).

В результате лечения 4 больных (5 суставов) в возрасте от 3 до 5 лет во всех случаях получены положительные результаты лечения. Следует отметить, что эффективность лечения дистензионного вывиха бедра значительно выше, чем патологического деструктивно-вывиха бедра при различной степени деструкции.

Таким образом:

— больные с дистензионными вывихами бедра составили 3,49% от числа всех больных с различными

видами ортопедических осложнений в области тазобедренного сустава;

— среди «самовправившихся» дистензионных вывихов бедра встречаются дистензионные вывихи с выраженным рубцовым интерпонатом в суставе, требующие оперативного лечения. Больные, получавшие адекватное и своевременное хирургическое лечение острого гнойного процесса, наряду с ортопедической профилактикой возможных осложнений имеют возможность избежать оперативного вмешательства;

— среди всех форм поражений ПОВБ у детей данный вид осложнения наиболее благоприятен в плане дальнейшего прогноза;

— формы дистензионных «состоявшихся» вывихов бедра у детей и методы хирургического лечения данной группы больных аналогичны больным с врожденным вывихом бедра и должны быть направлены на восстановление нормальных биомеханических взаимоотношений проксимального отдела бедра и тазового компонента;

— при лечении данного контингента пациентов, в отличие от больных с ВВБ, необходимо учитывать возможность «вспышки» дремлющей инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поздеев А.П. Оперативное лечение детей с последствиями острого гематогенного остеомиелита коленного сустава / А.П. Поздеев, А.В. Брытов, Ю.Е. Гаркавенко // Тез. докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России: Травматология и ортопедия XXI века. — Самара, 2006. — Т.2. — С.1140.

2. Новосел Н.И. Ортопедическое лечение деформаций коленного сустава у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.И. Новосел. — М., 1992. — 25 с.

3. Даниелян О.А. Деформации суставов нижних конечностей у детей и подростков при последствиях гематогенного остеомиелита: автореф.

дис. ... докт. мед. наук / О.А. Даниелян. — С.-Петербург, 1996. — 34 с.

4. Андрианов В.Л. Восстановительное лечение детей и подростков с последствиями перенесенного гематогенного остеомиелита / В.Л. Андрианов, А.П. Поздеев, О.А. Даниелян, Е.Г. Сосненко // Сб. научн. трудов: Актуальные аспекты лечения заболеваний и поражений опорно-двигательного аппарата у детей. — СПб, 1994. — С. 301-302.

5. Чочиев Г.М. Хирургическое лечение постостеомиелитических деформаций бедра у детей и подростков / Г.М. Чочиев, О.И. Алборов, В.В. Лазарев, С.Л. Тихомиров // Материалы конференции детских ортопедов-травматологов: Лечение заболеваний и поврежденных опорно-двигательного аппарата у детей. — Л., 1999. — С. 673-675.