

УДК 616.718.513-001.5-089

ГОШКО В.Ю., КАБАЦІЙ М.С., МОРОЗ Д.М., МЕЛЬНИК М.В., ГОЛЮК Є.Л.
ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», м. Київ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ ВНУТРІШНЬО-СУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Резюме. У статті проаналізовано результати оперативного лікування 21 пацієнта віком від 7 до 16 років з ускладненнями при переломах проксимального відділу стегнової кістки із метою покращення результатів лікування даної категорії хворих та зменшення інвалідизації в молодшому віці.

Ключові слова: хірургічне лікування, проксимальний відділ стегнової кістки, внутрішньосуглобовий перелом.

Переломи проксимального відділу стегнової кістки в дітей та підлітків порівняно з такими в дорослих, а особливо в пацієнтів похилого віку, зустрічаються значно рідше і становлять, за даними різних авторів, 1 % від усіх переломів у даній віковій категорії [1–3]. Ці переломи можна розділити на дві групи: високоенергетичні переломи, що мають місце в дітей та підлітків; патологічні переломи на фоні солітарної кісткової кисти, гематогенного остеомієліту тощо. Абсолютно всі автори вказують на значну частоту (у середньому до 50 %) та серйозність ускладнень при лікуванні переломів проксимального відділу стегнової кістки в дітей.

Перше місце серед ускладнень займає асептичний некроз (хондроліз) голівки стегнової кістки (50 %), друге — варусна деформація проксимального відділу стегнової кістки (30 %), третє — порушення консолидації перелому (20 %) [4].

Матеріал та методи

У відділі захворювань суглобів у дітей та підлітків ІТО АМН України з 1988 по 2003 р. знаходився на лікуванні 21 пацієнт віком від 7 до 16 років із наслідками внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу стегнової кістки, у тому числі 7 пацієнтів на фоні патологічних переломів проксимального відділу стегнової кістки (солітарна кісткова киста, гематогенний остеомієліт).

Час від моменту перелому до надходження становив від 3 до 16 міс. За класифікацією Delbet, якою ми користувалися, типи переломів були такі: 1-й тип (транспіфізарний перелом зі звихом або без звиху голівки стегнової кістки) — 4 пацієнти; 2-й тип (шийковий перелом) — 10; 3-й тип (шийково-вертлюжний перелом) — 7; 4-й тип (міжвертлюжний перелом).

На попередніх етапах застосовували такі методи лікування: у більшості випадків — скелетне витягнен-

ня з гіпсовою іммобілізацією, тільки в 4 випадках — оперативне лікування. При надходженні до клініки в усіх пацієнтів діагностували ускладнення у вигляді асептичного ураження голівки.

При визначенні ступеня асептичного ураження внаслідок перелому використовували класифікацію Ratlif, у якій виділено три типи: тотальне ураження голівки (тип А); сегментарне ураження голівки (тип В); ураження від лінії зламу до епіфізарної пластинки (тип С).

Відповідно до цієї класифікації ураження типу А спостерігалось в 4 пацієнтів, типу В — у 4, типу С — у 13.

У 2 випадках при патологічному переломі і змінні проксимального відділу стегнової кістки назад виконано міжвертлюжну флексійну остеотомію. В одного пацієнта через 1 рік після остеотомії додатково проведено пластику патологічного вогнища автотрансплантатом з крила клубової кістки.

Ще у двох випадках (при несправжніх суглобах і збереженому шийково-діафізарному куті) проводили остеосинтез накладною 130° пластиною.

В одного пацієнта при ураженні проксимального відділу стегнової кістки 1-го типу й нормальному шийково-діафізарному куті виконано операцію за Мак-Муреєм із пластиною несправжнього суглоба за Жюде.

У 16 пацієнтів поряд з асептичними ураженнями та несправжнім суглобом або дефектом шийки стегнової кістки спостерігали варусну деформацію проксимального відділу стегнової кістки. У всіх випадках виконували міжвертлюжну У-подібну остеотомію за Паулсом.

У всіх випадках після проведеного оперативного лікування септичних ускладнень у пацієнтів не спостерігалось. Тільки в 1 випадку при 1-му типі пере-

лому за Delbet на фоні прогресуючого асептичного некрозу голівки стегнової кістки не було отримано консолідації.

У 4 випадках при типі А асептичного некрозу за Ratliff відбулося зрощення несправжнього суглоба шийки стегнової кістки, причому у двох із них спостерігали повну перебудову ділянки асептичного некрозу з відновленням функції кульшового суглоба.

У двох пацієнтів навіть за наявності субтотальних дефектів шийки стегнової кістки відбулося зрощення і майже повністю відновилася функція кульшового суглоба.

В одному випадку в пацієнта з частковим дефектом шийки і голівки та асептичним ураженням голівки за типом А в післяопераційному періоді відбулася перебудова кульшового суглоба у вигляді протрузійного кокситу. У цьому випадку функція суглоба була помітно обмежена.

Результати та обговорення

Літературні дані, а також власні спостереження свідчать, що лікування переломів шийки стегна і їх наслідків у дітей та підлітків є складною і актуальною проблемою.

Сучасні стандартні підходи до лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки в дітей та підлітків за даними літератури такі:

1-й тип (трансепіфізарний перелом) — проводиться закрита, а при невдачі — відкрита репозиція з фіксацією канюльованими гвинтами;

2-й тип (шийковий перелом) — закрита, а при невдачі — відкрита репозиція зі стабільною фіксацією;

3-й тип (шийково-вертлюжний перелом) — репозиція і внутрішня фіксація, а у випадках відсутності зміщення — відвідна гіпсова пов'язка;

4-й тип (міжвертлюжний перелом) — скелетне або манжетне витягнення (залежно від віку пацієнта відвідна гіпсова пов'язка або відкрита репозиція і внутрішня фіксація при неможливості адекватного зіставлення уламків).

Проведений нами аналіз власного клінічного матеріалу показав, що при лікуванні переломів на попередніх етапах були використані неадекватні методи лікування, допущені тактичні та технічні помилки. Реконструктивні оперативні втручання в умовах асептичних ускладнень, обмежених рухів потребували тривалих (до двох років) строків відновлення функції кульшового суглоба.

Висновки

Переломи проксимального відділу стегнової кістки в дітей та підлітків є складною проблемою ортопедії та травматології внаслідок тяжких асептичних ускладнень, обумовлених анатомічними особливостями організму в період росту, а також значною мірою невідповідними методами лікування. На наш погляд, застосування сучасної тактики, відповідних технологій дозволить покращити результати лікування даної патології та зменшить інвалідизацію дітей та підлітків.

Список літератури

1. Dietz H.G. Screw osteosynthesis of proximal femur fractures in children // *Oper. Orthop. Traumatol.* — 2009 Sep. — 21(3). — 349-57.
2. Keeler K.A., Dart B., Luhmann S.J. et al. Antegrade intramedullary nailing of pediatric femoral fractures using an interlocking pediatric femoral nail and a lateral trochanteric entry point // *J. Pediatr. Orthop.* — 2009 Jun. — 29(4). — 345-51.
3. Khalife R., Ghanem I., El Hage S., Dagher F., Kharrat K. Risk of recurrent dislocation and avascular necrosis after proximal femoral varus osteotomy in children with cerebral palsy // *J. Pediatr. Orthop. B.* — 2010 Jan. — 19(1). — 32-7.
4. Webb J.A., Almayyah M., McVie J., Montgomery R.J. Proximal femoral osteotomies in children using the Richards hip screw: techniques, outcome and subsequent removal // *J. Child. Orthop.* — 2008 Dec. — 2(6). — 417-23.

Отримано 11.02.10 □

Гошко В.Ю., Кабаций М.С., Мороз Д.Н.,
Мельник М.В., Голюк Е.А.
ГУ «Институт травматологии и ортопедии
АМН Украины», г. Киев

Goshko V.Yu., Kabatsiy M.S., Moroz D.N.,
Melnik M.V., Golyuk Ye.L.
SD «Institute of Traumatology and Orthopedics
of AMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Резюме. В статье проанализированы результаты оперативного лечения 21 пациента в возрасте от 7 до 16 лет с осложнениями при переломах проксимального отдела бедренной кости с целью улучшения результатов лечения данной категории больных и уменьшения инвалидизации в молодом возрасте.

Ключевые слова: хирургическое лечение, проксимальный отдел бедренной кости, внутрисуставной перелом.

SURGICAL TREATMENT OF CONSEQUENCES OF INTRAARTICULATE FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR IN CHILDREN AND TEENAGERS

Summary. This article presents the results of surgical treatment of 21 patients (7–16 years old) with complications after proximal femur fractures in order to improve the results of treatment of this category of patients and decrease the level of disability in juvenile age.

Key words: surgery treatment, proximal femur, intraarticular fracture.