

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 ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Резюме. У статті проаналізовано результати оперативного лікування 21 пацієнта (діти та підлітки віком від 7 до 16 років) з ускладненнями при переломах проксимального відділу стегнової кістки з метою покращення результатів лікування даної категорії хворих та зменшення інвалідизації в молодому 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 (L.O. Hughes, J.H. Beaty, 1994; S.T. Canale, W.L. Bourland, 1977). Ці переломи можна розділити на дві групи: перша — це високоенергетичні переломи, які мають місце в дітей та підлітків, друга — патологічні переломи на фоні солітарної кісткової кісти, гематогенного остеомієліту тощо. Абсолютно всі автори вказують на значну частоту (в 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 %).

Матеріали та методи

У відділі захворювань суглобів у дітей та підлітків ІТО АМН України з 1988 по 2003 рр. знаходився на лікуванні 21 пацієнт віком від 7 до 16 років з наслідками внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу стегнової кістки, і в 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 такими:

1-й тип (трансефізіарний перелом зі звихом або без звиху голівки стегнової кістки) — 4;

2-й тип (шийковий перелом) — 10;

3-й тип (шийково-вертлюжний перелом) — 7;

4-й тип (міжвертлюжний перелом).

На попередніх етапах використовувалися такі методи лікування: у більшості випадків — скелетне витягнення з гіпсовою іммобілізацією, тільки в 4 випадках — оперативне лікування.

При надходженні в клініку в усіх пацієнтів діагностували ускладнення у вигляді асептичного ураження голівки.

При визначенні ступеня асептичного ураження внаслідок перелому використовували класифікацію Ratlif, у якій виділені 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 тип А відзначався в 4 пацієнтів, тип В — у 4, тип С — у 13.

У 2 випадках при патологічному переломі і зміщенні проксимального відділу стегнової кістки дозвільно 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 за 1-м типом і нормальному шийково-діафізарному куті виконано операцію за Мак-Муреем із пластиною несправжнього суглоба за Жюде.

У 16 пацієнтів поряд з асептичними ураженнями та несправжнім суглобом або дефектом шийки стег-

нової кістки спостерігали варусну деформацію проксимального відділу стегнової кістки. У всіх випадках виконували міжвертлюжну У-подібну остеотомію за Пауелсом.

У всіх випадках після проведеного оперативного лікування септичних ускладнень у пацієнтів не спостерігалось. Тільки в 1 випадку при 1-му типі перелому за Delbet на фоні прогресуючого асептичного некрозу голівки стегнової кістки не було отримано консолідації.

У 4 випадках при типі А асептичного некрозу за Ratliff настало 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 й майже повністю відновилася функція кульшового суглоба.

В одному випадку в пацієнта з частковим дефектом шийки й 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

Вивчення літературних даних, а також власні спостереження показують, що лікування переломів шийки стегна та їх наслідків у дітей та підлітків є складною й актуальною проблемою.

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

1-й тип (транспіфізарний 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), від-

відна гіпсова пов'язка або відкрита репозиція і внутрішня фіксація при неможливості адекватного співставлення 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) термінів 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.Л.
ГУ «Институт травматологии и ортопедии АМН Украины», г. Киев

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

Резюме. В статье проанализированы результаты лечения 21 пациента (дети и подростки 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.

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

SURGICAL TREATMENT OF CONSEQUENCES OF INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary. In the article there are presented the results of treatment of 21 patient (children and adolescents at the age of 7–16 years) with complications of proximal femur fractures for the purpose to improve the results of treatment of this category of patients and to decrease the disability in young age.

Key word: surgical treatment, proximal femur, intraarticular fracture.