

---

## КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

---



© О.В. Кожевников, С.Э. Кралина, 2012

### ИДИОПАТИЧЕСКАЯ РАЗГИБАТЕЛЬНО-ОТВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

О.В. Кожевников, С.Э. Кралина

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»  
Минздравсоцразвития России, Москва

---

Ключевые слова: большая ягодичная мышца, контрактура, тазобедренный сустав.

#### *Idiopathic Extension-Abduction Contracture of Hip Joints*

*O.V. Kozhevnikov, S.E. Kralina*

Key words: great gluteal muscle, contracture, hip joint.

---

Разгибательно-отводящая контрактура тазобедренных суставов является редко встречающейся и малоизученной патологией. В основе патогенеза подобного рода контрактур лежат фиброзные изменения в мышцах ягодичной области или их дисплазия (недоразвитие). Причина указанных изменений мышц до сих пор не ясна. В качестве наиболее вероятного этиологического фактора чаще всего рассматривают многочисленные инъекции в ягодичную область, выполненные в раннем возрасте [1, 3]. Однако во многих случаях подобные контрактуры развивались у детей, которым такие инъекции не производились. Вероятнее всего, изменения в мышцах носят врожденный характер. Встречается описание данной патологии у родственников, также отмечена определенная расовая предрасположенность у пациентов монголоидной и индоевропеоидной рас [1, 2, 4].

Изучая литературу, мы обратили внимание на то, что постановка диагноза в большинстве случаев осуществлялась только на основании анамнеза, клинической картины, отсутствия патологических изменений в суставах. Описания методов и результатов объективной диагностики состояния параартикулярных мышц нам не встретилось.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что разгибательно-отводящая контрактура тазобедренного сустава у детей, обусловленная фиброзными изменениями в мышцах, встречается довольно редко, а постановка правильного диагноза сопряжена с выраженными трудностями. Считаем интересным представить следующее клиническое наблюдение.

В клинику детской ортопедии ЦИТО обратилась девушка 18 лет, жительница Бурятии, с жалобами на ограничение движений в левом тазобедренном суставе, которое не позволяло сидеть на стуле со сведенными

коленями. Приседание «на корточки» было возможным только при полном отведении в левом тазобедренном суставе—так называемое «положение лягушки». Впервые данное ограничение движений отмечено в возрасте 3 лет, когда мать девочки обратила внимание на постепенно прогрессирующее отведение левого бедра при присаживании ребенка «на горшок». В связи с этим проводились неоднократные курсы консервативного лечения по месту жительства, однако эффекта не было. Предполагая сложную внутрисуставную патологию левого тазобедренного сустава неясной этиологии, Минздрав Бурятии направил пациентку на консультацию в ЦИТО для решения вопроса о целесообразности эндопротезирования.

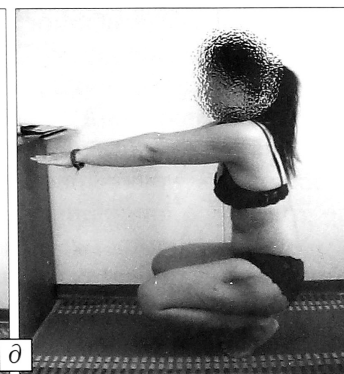
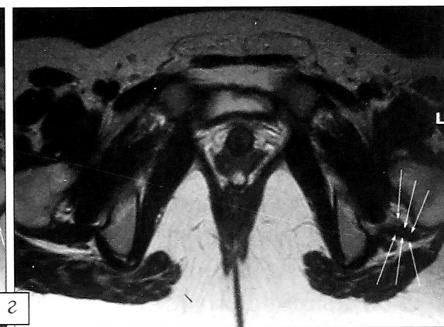
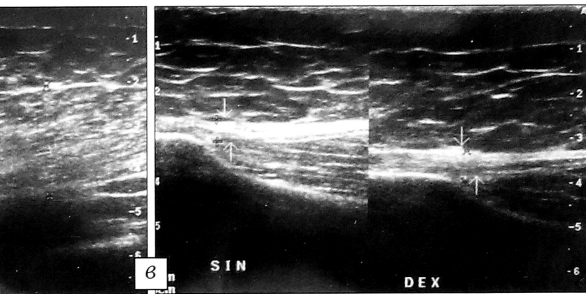
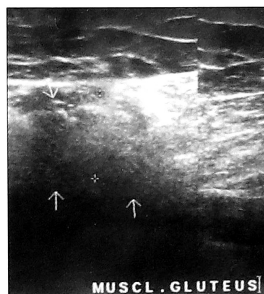
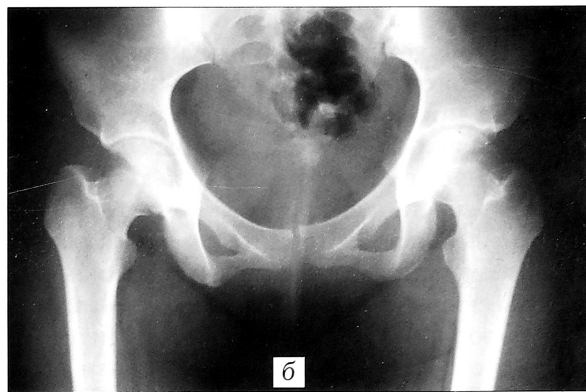
При клиническом обследовании отмечается разгибательно-отводящая контрактура левого тазобедренного сустава. При осмотре ягодичной области определяется гипотрофия ягодичцы и западение в верхненаружном квадранте левой ягодичной области. Полное сгибание бедра возможно только при отведении конечности до 60° и наружной ротации бедра, в среднем же положении конечности сгибание в тазобедренном суставе достигает лишь угла 130° (см. рисунок, а). Приведение достигает 20°, но только в положении разгибания в тазобедренном суставе, ротационные движения не ограничены. Справа ограничений не выявлено. Пациентка обследована неврологом, изучено состояние пояснично-крестцового отдела позвоночника—патологии не выявлено. Рентгенологически состояние тазобедренных суставов соответствует возрастной норме (см. рисунок, б). Выполнено ультразвуковое исследование ягодичной области и наружной поверхности бедер. Обнаружено, что толщина мышечной ткани слева меньше, чем справа (см. рисунок, в). Для уточнения характера и объема поражения околоуставных мягкотканых структур произведено магнитно-резонансное томографическое исследование. Установлено, что слева наружные отделы большой ягодичной мышцы латеральнее среднеягодичной линии истончены, характеризуются фиброзным перерождением и практически полным отсутствием нормальной мышечной ткани (см. рисунок, г). Справа мышечная ткань большой

ягодичной мышцы прослеживается на всем протяжении. Кроме этого, четко видны дегенеративные изменения в квадратной мышце слева, которая истончена в сравнении с противоположной стороной и фиброзно изменена (см. рисунок, г).

С учетом полученных данных пациентке проведено следующее оперативное вмешательство. Из разреза длиной 5 см по задненаружной поверхности бедра несколько выше и кзади от большого вертела произведен доступ к ягодичной фасции. Последняя была плотно спаяна с большой ягодичной мышцей. В нижней части большой ягодичной мышцы мышечные волокна не определялись (практически до средней линии ягодичи), и она была представлена плотным фиброзным тяжем, который вплетался в илиотибиальный тракт. При сгибании в тазобедренном суставе в положении приведения конечности фиброзно измененный отдел большой ягодичной мышцы упирался в большой вертел и препятствовал полному сгибанию. Произведена мобилизация ягодичной фасции с рассечением фиброзно измененного участка мышцы после визуального контроля места расположения седалищного нерва. Интраоперационно в процессе сгибания в тазобедренном суставе в положении приведения бедра пальпаторно определялись места натяжения мягких тканей. При визуальном контроле отмечено натяжение дегенеративно измененной квадратной мышцы, произведены ее отсечение от места прикрепления к *crista intertrochanterica*, а также послабление задней порции средней ягодичной мышцы в области прикрепления к большому вертелу. В результате данных мобилизующих хирургических манипуляций достигнуто полное сгибание в тазобедренном суставе при среднем положении конечности. После ушивания раны наложена гипсовая повязка для фиксации тазобедренного сустава в положении сгибания до 90° с приведением бедра. Однако через 2 ч после иммобилизации гипсовая повязка была снята в связи с развитием тракционной невропатии седалищного нерва. Сгибание в тазобедренном суставе уменьшено, нижняя конечность уложена на шину Беллера при сгибании до 120°. Медикаментозная терапия была направлена на уменьшение отека, улучшение трофики тканей и нервной проводимости. На ее фоне при плавном увеличении сгибания явления невропатии седалищного нерва больше не возникали. Лечебная гимнастика, проводимая как в пассивном, так и в активном режиме с 5-х суток после операции, способствовала закреплению достигнутого объема движений в тазобедренном суставе. Через год после оперативного лечения при клиническом осмотре отмечается полный объем сгибания в левом тазобедренном суставе при приведении бедра до 10° (см. рисунок, д).

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Редкость данной патологии, недостаточная осведомленность врачей-ортопедов зачастую приводят к неправильной диагностике и неверному ве-



Больная Л., 18 лет. Диагноз: идиопатическая разгибательно-отводящая контрактура тазобедренного сустава.

- а — функциональные возможности при поступлении;
- б — рентгенограмма тазобедренных суставов: костно-суставные взаимоотношения удовлетворительные, суставные поверхности конгруэнтны;
- в — данные УЗИ ягодичной области: толщина большой ягодичной мышцы слева уменьшена (1,89 см) в сравнении с противоположной стороной (2,49 см), ширина илиотибиального тракта в проксимальном отделе слева уменьшена (0,49 см) в сравнении с противоположной стороной (0,7 см);
- г — МР-томограммы тазобедренных суставов: стрелки указывают на наружные отделы большой ягодичной мышцы слева — мышечная ткань отсутствует, визуализируется фиброзный тяж, двойными стрелками указана гипотрофированная квадратная мышца слева;
- д — функциональный результат через год после операции.

дению таких больных. Часто в младенческом возрасте таким детям ставится диагноз дисплазии тазобедренного сустава, и лечение проводится в отводящих приспособлениях, что еще больше усугубляет контрактуру. В некоторых случаях проводят диагностический поиск с целью выявления патологии пояснично-крестцового отдела и связанной с этим неврологической симптоматики, назначают иммобилизацию в корсете. Также часто ортопеды считают, что причиной контрактуры является патология суставной капсулы, дисконгруэнтность суставных поверхностей. В связи с этим выполняются артротомии, внутрисуставные оперативные вмешательства с моделирующими резекциями и пластикой сустава, которые в свою очередь не приводят к ожидаемому результату, а наоборот, ухудшают объем движений. В некоторых случаях, как в приведенном клиническом примере, пациентов направляют на операцию эндопротезирования.

При описании патологических изменений при отводящих контрактурах тазобедренного сустава ортопеды основное внимание уделяют большой ягодичной мышце. Она покрыта соединительнотканной фасцией, отвечает за разгибание и отведение бедра. Ее сухожильные волокна вплетаются в илиотибиальный тракт и также натягивают широкую фасцию бедра. Недостаточные подвижность и эластичность соединительнотканых структур (ягодичной фасции, илиотибиального тракта), малое количество мышечных волокон, превалирование сухожильного компонента в скелетной мышце приводят к тому, что растяжимость мышцы снижается и выполнение противоположных движений (сгибания и приведения бедра) становится невозможным. Причем все авторы указывают, что изменения выявляются только в нижней части мышцы [2].

В нашем клиническом примере ограничение движений в тазобедренном суставе было связано не только со снижением растяжимости большой ягодичной мышцы и илиотибиального тракта. Контрактура поддерживалась также структурными нарушениями в среднеягодичной и квадратной мышцах бедра, которые были выявлены при ультразвуковом и магнитно-резонансном томо-

графическом исследованиях. Без отсечения квадратной мышцы от места прикрепления в межвертельной области и послабления задней порции средней ягодичной мышцы нам не удалось бы достичь полного объема движений. По всей видимости, степень выраженности разгибательно-отводящей контрактуры тазобедренного сустава зависит от глубины и площади поражения мышц, окружающих тазобедренный сустав.

С учетом представленных фактов, на основании данных анамнеза (первые проявления заболевания в возрасте 3 лет при отсутствии указаний на внутримышечные инъекции), мы считаем правомерным поставить диагноз идиопатической разгибательно-отводящей контрактуры тазобедренного сустава.

Таким образом, для правильной объективной диагностики данного заболевания исследование костно-суставных взаимоотношений в обязательном порядке должно быть дополнено изучением параартикулярных тканей, мышц ягодичной области. Основным методом лечения является рассечение измененных соединительнотканых пучков мышц, фасции, илиотибиального тракта. Важно, чтобы объем вмешательства полностью соответствовал степени поражения параартикулярных мышц. Для предотвращения развития рецидива контрактуры необходимо проводить постоянные реабилитационные мероприятия до окончания роста ребенка, включающие в себя лечебную гимнастику, укладки, физиотерапевтические процедуры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Азизов М.Ж., Джураев А.М., Кадыров И.М. Клиника и лечение разгибательно-отводящей контрактуры тазобедренного сустава у детей // Хирургия Узбекистана. — 2009. — N 1. — С. 3–5.
2. Aggarwal A., Singh S., Singh M., Chauhan R. Idiopathic bilateral gluteus maximus contracture: A case report and review of literature // Acta Orthop. Belg. — 2005. — Vol. 71, N 4. — P. 493–495.
3. Hnekovsky O. Progressive fibrosis of the vastus intermedius muscle in children // J. Bone Jt Surg. — 1961. — Vol. 43. — P. 488–491.
4. Shen Y.-S. Abduction contracture of the hip in children // J. Bone Jt Surg. — 1975. — Vol. 57, N 4. — P. 463–465.

**Сведения об авторах:** Кожеевников О.В.—доктор мед. наук, заведующий 10-м травматолого-ортопедическим детским отделением ЦИТО; Кралина С.Э.—канд. мед. наук, старший науч. сотр. того же отделения.

**Для контактов:** Кралина Светлана Эдуардовна. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: 8(499) 154-82-42.