

ПОВТОРНЫЙ ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

© *Бортулев П. И.¹, Прощенко Я. Н.¹, Овсянкин А. В.^{1,2}, Дроздецкий А. П.¹, Бортулева О. В.¹*

¹ ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Смоленск

² Смоленская государственная медицинская академия, кафедра травматологии-ортопедии и ВПХ, Смоленск

В статье представлен клинический случай хирургического лечения повторного перелома шейки бедренной кости у ребенка.

Ключевые слова: повторный перелом шейки бедра, хирургическое лечение.

Введение

Переломы шейки бедренной кости составляют 0,5 % общего числа всех переломов у детей. Данные о частоте возникновения повторных переломов шейки бедренной кости в отечественной и зарубежной литературе нами не были найдены. Наиболее часто происходят в возрасте от 5 до 14 лет и значительно реже встречаются в возрасте от 2 до 4 лет и от 15 до 17 лет [1]. По данным ВОЗ, в 1990 г. около 1,3 млн случаев переломов проксимального отдела бедра зарегистрировано во всем мире, половину из которых составили внутрисуставные переломы [2].

Более чем в 80 % случаев причина перелома шейки бедренной кости — тяжелая травма, однако у 15 % пациентов перелом происходит при неадекватной травме в случае физиологически нормальной активности ребенка, т. е. при падении и прыжке с высоты от 0,5 до 1,5 м, при выполнении «шпагатов» и «полушпагатов», при падении во время бега или игры и при прямых ударах умеренной силы в область большого вертела [1].

Мировой практикой подтверждена высокая эффективность оперативного метода лечения переломов проксимального отдела бедра по сравнению с консервативным. Хирургическое вмешательство, которое показано более чем в 80 % случаев, заключается в открытой или закрытой репозиции костных фрагментов и их фиксации различными конструкциями. Несмотря на последние достижения, достаточно высоким остается процент неудовлетворительных исходов лечения

переломов проксимального отдела бедра. Это обусловлено отсутствием сращения, вторичным смещением, развитием последующего аваскулярного некроза головки бедра, ложных суставов. Осложнения ведут к повторному оперативному вмешательству и в большинстве случаев — тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава в более старшем возрасте [2].

Интерес к переломам шейки бедренной кости у детей обусловлен не их частотой, а частотой возникновения возможных осложнений, наиболее грозным из которых является аваскулярный некроз головки бедренной кости [1, 3–5]. Так, в зависимости от типа перелома развитие аваскулярного некроза головки бедренной кости колеблется от 10 до 100 % [6, 7].

Клиническое наблюдение

6 мая 2013 г. в детское отделение травматологии и ортопедии ФГБУ «ФЦТОЭ» (г. Смоленск) для проведения хирургического лечения был переведен пациент М., 15 лет, с диагнозом «Закрытый перелом шейки левой бедренной кости со смещением фрагментов» (из Гагаринской ЦРБ). Из анамнеза известно, что травма произошла 2 мая 2013 г. — падение с турника. Был госпитализирован в отделение травматологии Гагаринской ЦРБ. Проводилась симптоматическая терапия. При переводе в ФЦТОЭ левая нижняя конечность была иммобилизована антиротационной задней гипсовой лонгетой. Клинически отмечались наружная ротация левой нижней конечности 35°, при-



Рис. 1. Рентгенограмма тазобедренных суставов пациента М. до операции



Рис. 2. Рентгенограмма тазобедренных суставов пациента М. после операции

ведение и сгибание в коленном и тазобедренном суставах. Активные движения были невозможны, пассивные — резко болезненны, отмечался симптом «прилипшей пятки». На рентгенограмме тазобедренных суставов отмечается внутрисуставной абдукционный перелом шейки левой бедренной кости со смещением фрагментов — тип 2 по классификации Colonna (рис. 1).

7 мая 2013 г. было проведено хирургическое лечение в объеме закрытой репозиции фрагментов шейки бедренной кости с использованием репозиционного стола, остеосинтез фрагментов шейки бедренной кости 3 канюлированными винтами (рис. 2). Внешняя иммобилизация в послеоперационном периоде не проводилась. С третьих суток послеоперационного периода

получал восстановительную терапию: массаж мышц нижних конечностей аппаратом ХИВАМАТ, пассивную разработку движений в тазобедренном суставе на аппарате Артромот К1. Вертикализован на 5-е сутки без опоры на оперированную конечность.

Через 4 месяца на контрольной рентгенограмме — явления частичной консолидации костных фрагментов, миграция винта. 10 октября 2013 г. выполнено удаление канюлированного винта.

На контрольной рентгенограмме через 8 месяцев после операции — полная консолидация костных фрагментов (рис. 3). Разрешена ходьба без костылей с равномерной опорой на нижние конечности. Пациент вернулся к привычному образу жизни.



Рис. 3. Результат лечения пациента М. через 8 месяцев после операции



Рис. 4. Рентгенограмма тазобедренных суставов пациента М. после повторной травмы

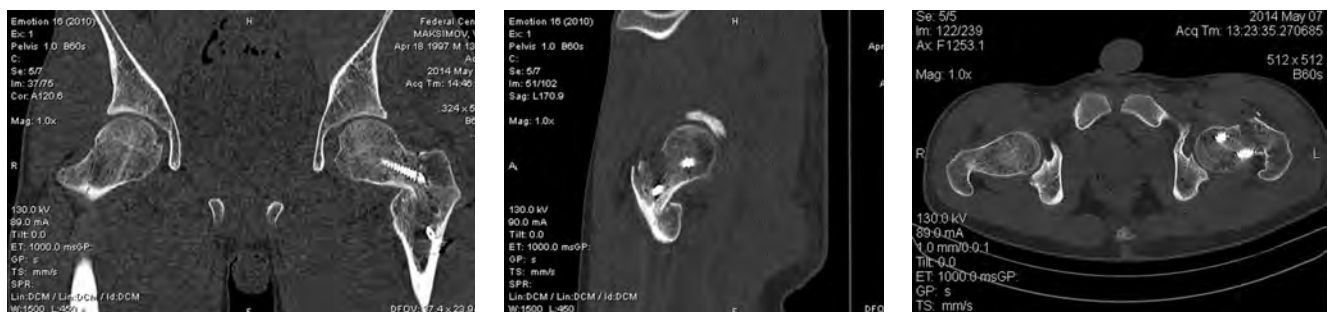


Рис. 5. КТ тазобедренных суставов пациента М. после повторной травмы



Рис. 6. Рентгенограмма тазобедренных суставов пациента М. после второй операции

7 мая 2014 г. в отделение травматологии и ортопедии (детское) ФГБУ «ФЦТОЭ» (г. Смоленск) для проведения хирургического лечения из Гагаринской ЦРБ был переведен пациент М., 15 лет, с диагнозом «Повторный закрытый перелом шей-

ки левой бедренной кости со смещением фрагментов. Дестабилизация металлоконструкций». Из анамнеза известно, что 3 мая 2014 г. ребенок был сбит электропоездом. Госпитализирован в отделение травматологии Гагаринской ЦРБ с диагнозом «Закрытый перелом костей таза». Находился на строгом постельном режиме в положении «лягушки». Проводилась симптоматическая терапия. При переводе в ФЦТОЭ левая нижняя конечность была иммобилизована антиротационной задней гипсовой лонгетой. Клинически отмечались множественные ушибы и поверхностные ссадины кожи верхних и нижних конечностей, гематома левой ягодичной области. На рентгенограммах и КТ тазобедренных суставов наблюдался перелом шейки левой бедренной кости, варусная деформация, косой перелом седалищной кости без смещения, дестабилизация металлоконструкций (рис. 4, 5).



Рис. 7. КТ тазобедренных суставов пациента М. после второй операции



Рис. 8. КТ пациента М. через 8 месяцев после операции

8 мая 2014 г. проведено хирургическое лечение: частичное удаление металлоконструкций, репозиция фрагментов шейки бедренной кости, остеосинтез пластиной DHS (рис. 6, 7). Дальнейшее лечение не отличалось от предыдущей госпитализации.

На контрольном осмотре через 6 месяцев — полная консолидация костных фрагментов, отсутствие дегенеративно-дистрофических изменений компонентов сустава. Пациент передвигается самостоятельно без вспомогательных средств опоры (рис. 8). Движения в тазобедренных суставах осуществляются в полном объеме. Длина нижних конечностей одинаковая.

Заключение

Данное клиническое наблюдение представляет интерес как пример высоких компенсаторных возможностей кровообращения проксимального отдела бедренной кости. Применение высокотехнологичных методик остеосинтеза при правильном техническом исполнении явилось одним из факторов достижения положительного результата, что соответствует современной концепции хирургии при травме опорно-двигательного аппарата у детей.

REPEATED FRACTURE OF THE FEMORAL NECK. TACTICS OF TREATMENT. CLINICAL OBSERVATION

Bortulev P.I.¹, Proshchenko Ya.N.¹, Ovsyankin A.V.^{1, 2}, Drozdetsky A.P.¹, Bortuleva O.V.¹

¹ Federal center of traumatology, orthopedics and joint replacement, Smolensk, Russian Federation

² Smolensk State Medical Academy, Department of Orthopedics and Traumatology-field surgery, Smolensk, Russian Federation

The article presents a case report of surgical treatment of multiple fractures of the femoral neck in 15-year old child.

Сведения об авторах

Бортулев Павел Игоревич — врач травматолог-ортопед ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России. E-mail: pavel.bortulev@yandex.ru.

Прощенко Ярослав Николаевич — к. м. н., врач травматолог-ортопед ФГБУ «ФЦТОЭ».

Овсянкин Анатолий Васильевич — к. м. н., главный врач ФГБУ «ФЦТОЭ», г. Смоленск. Заведующий кафедрой травматологии-ортопедии и ВПХ Смоленской государственной медицинской академии.

Дроздецкий Алексей Поликарпович — к. м. н., заведующий отделением травматологии-ортопедии (детское) ФГБУ «ФЦТОЭ».

Бортулева Оксана Вячеславовна — врач травматолог-ортопед ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России.

Список литературы

1. Филатов С.В. Повреждения тазобедренного сустава и их последствия у детей и подростков: дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1995. [Filatov SV. Povrezhdeniya tazobedrennogo sustava i ikh posledstviya u detey i podrostkov: dis. ... d-ra med. nauk. Saint-Petersburg, 1995. (In Russ).]
2. Какабадзе М.Г. Переломы шейки бедра: эндопротезирование в остром периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. [Kakabadze MG. Perelomy sheyki bedra: endoprotezirovanie v ostrom periode: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2005. (In Russ).]
3. Bagatur AE, Zorer G. Complications associated with surgically treated hip fractures in children. *J. Pediatr. Orthop. B.* 2002;11(3):219-228.
4. Colonna PC. Fractures of the neck of the femur in children. *Am. J. Surg.* 1929;6:793-7.
5. İnan U, Köse N, Ömeroğlu H. Pediatric femur neck fractures: a retrospective analysis of 39 hips. *J. Child Orthop.* 2009;3(4):259-264.
6. Canale ST. Fractures of the hip in children and adolescents. *Orthop. Clin. North Am.* 1990;21:341-52.
7. Forlin E, Guille JT, Kumar SJ, Rhee KJ. Complications associated with fracture of the neck of the femur in children. *J. Pediatr. Orthop.* 1992;12:503-9.

Keywords: repeated hip fracture, surgical treatment.

Bortulev Pavel Igorevich — MD, orthopedic and trauma surgeon of the department of pediatric traumatology and orthopedics. Federal center of traumatology, orthopedics and endoprosthetics, Smolensk, Russian Federation. E-mail: pavel.bortulev@yandex.ru.

Proshchenko Yaroslav Nikolaevich — MD, PhD, orthopedic and trauma surgeon of the department of pediatric traumatology and orthopedics. Federal center of traumatology, orthopedics and endoprosthetics.

Ovsyankin Anatoliy Vasilievich — MD, PhD, head doctor. Federal center of traumatology, orthopedics and endoprosthetics. Smolensk. Head of the Department of Orthopedics and Traumatology and military surgery of the Smolensk State Medical Academy.

Drozdetskiy Alexey Polikarpovich — MD, PhD, chief of the department of pediatric traumatology and orthopedics. Federal center of traumatology, orthopedics and endoprosthetics.

Bortuleva Oksana Vyacheslavovna — MD, orthopedic and trauma surgeon of the department of pediatric traumatology and orthopedics. Federal center of traumatology, orthopedics and endoprosthetics, Smolensk, Russian Federation.