

УДК 616.728.2-001.6-053.2-08

Лікування відкритого травматичного вивиху стегна у дитини (клінічний випадок)

С. О. Гузенко, І. В. Гуцул, М. М. Куций, В. Г. Нікорук, Ю. А. Гетманчук

Міська дитяча лікарня, Хмельницький. Україна

Ключові слова: відкритий травматичний вивих стегна, особливості лікування, профілактика ускладнень у дітей

Частота вивихів стегна складає 3–7 % від їх загалу. Прямий механізм нехарактерний для цієї травми, непрямий зумовлений напрямком діючої сили і анатомо-фізіологічними особливостями будови кульшового суглоба. Ці особливості такі: значна глибина кульшової западини, що збільшується за рахунок хрящової вертлюгової губи; повна конгруентність суглобових поверхонь; міцність сумково-зв'язкового апарату; прикриття суглоба сильними м'язами, які захищають його від зовнішньої дії; значний об'єм рухів у суглобі за відносно малих функціональних потреб до нижньої кінцівки в цілому. Окрім цього, кругла зв'язка стегна в нормі також приймає участь у міцному утриманні головки стегнової кістки в суглобі.

За науковими джерелами [1], відкритий вивих стегна є казуїстичним у дитячій травматології. У практиці нашого колективу жодного разу не було відкритого травматичного вивиху стегна. Ми прослідкували за випадком на усіх етапах медичної допомоги і надаємо інформацію, яка, на нашу думку, буде цікава колегам, про це рідкісне ушкодження.

У Хмельницьку міську дитячу лікарню (ХМДЛ) в ортопедо-травматологічне відділення 19.04.2010 р. о 21 год 20 хв бригада швидкої медичної допомоги доставила хвору М., 14 р., з діагнозом відкритий травматичний вивих правого стегна. Хвора скаржилася на біль. Виявлено рвану рану в правій паховій ділянці. Травму було отримано в побуті близько 18.00 у результаті удару гойдалки і вертикального падіння на праве стегно. У районній лікарні рану перев'язали, наклали шини Крамера і хвору направили в ХМДЛ. Загальний стан був важким, пульс 88 ударів на хвилину, АТ — 100/60 мм рт. ст., частота дихання — 36 видихів/хв.

Місцево виявлено: права нижня кінцівка зігнута в колінному суглобі, відведена назовні і зовнішньо ротована. У правій паховій ділянці зафіксовано рвану рану розміром 13×4 см з нерівними краями, у якій знаходилася головка стегнової кістки, виступаючи над шкірою на 5–6 см (рис. 1, а). Наявні помірна кровотеча, набряк, підшкірний крововилив навколо рани. Пульсація на *a. pedis* зберігалася. Об'єм рухів різко обмежений, болісний.



Рис. 1. Фото хворої М., 14 р.: а) зовнішній вигляд нижньої кінцівки після травми; рентгенограми кульшових суглобів до (б) та після (в) хірургічного втручання



Рис. 2. Фото хворої М. через 2,5 міс після лікування

На рентгенограмі виявлено зміщення головки правої стегнової кістки вгору на 6,5 см та назовні від вертлюгової западини (рис. 1, б). В ургентному порядку після обстеження хвору підготували до хірургічного втручання.

Під час ревізії рани виявлено розрив власної круглої зв'язки стегна, видалено кров'яні згустки та нежиттєздатні тканини. Відновлено капсулу суглоба, пошкоджені м'язи і зв'язки. Проведено поточні дренажі з поліхлорвінілових трубок на медіальній та латеральній поверхнях кульшового суглоба, які фіксовані до шкіри. Рану поширено зашили. Провели спицю Кіршнера через дистальний епіметафіз стегна, наклали скобу для скелетного витягання. У післяопераційному періоді хвору перевели до відділення інтенсивної терапії, де змонтували систему для скелетного витягання (вантаж вздовж осі 6 кг). З метою профілактики правця зроблено АП анатоксин — 0,5 мл (хвора профілактично щеплена згідно з календарем за віком). Для корекції гіповолемії проведено інфузійну терапію: розчин NaCl, 200 мл; 10 % розчин глюкози, 200 мл; 25 % розчин $MgSO_4$, 2 мл; 0,25 % розчин новокаїну, 10 мл; 7,5 % розчин KCl, 8 мл; інсулін 4 од. 3 рази на день упродовж 3 діб.

З 21.04.2010 до 02.06.2010 хвору продовжували лікувати в ортопедо-травматологічному відділенні. Для попередження гнійно-септичних ускладнень, зважаючи на тривалу гіпертермію, проведено антибіотикопрофілактику: лінкоміцин 1 г внутрішньовенно 2 рази на день, 10 днів; цефтриаксон 1 г внутрішньовенно 2 рази на день, 6 днів; «Цифран» 100 мг внутрішньовенно 2 рази на день, 13 днів; «Далацин» 300 мг внутрішньовенно, 9 днів. Для поліпшення периферичного кровообігу, попередження асептичного некрозу головки призначено «Актовегін» 1,5 мл внутрішньовенно 1 раз на день, 14 днів; «Курантіл» 150 мг *per os* 3 рази на день, 25 днів; ЛФК I-й період, перев'язування, промивання

дренажів. Для попередження руйнування хряща і стимуляції регенерації тканини призначено «Артрон комплекс» 2 таблетки на день 4 тижні, потім по 1 таблетці 5 міс. Для попередження остеопорозу — «Кальцій-Д₃ Нікомед», 2 таблетки на день кількома курсами по 6 тижнів 5 разів на рік.

З метою знеболювання хвора отримала анальгін (50 % розчин, 1,5 мл 2 рази на день, 7 діб) та промедол (1 % розчин, 1 мл 2 рази на день, 7 діб).

З фізіотерапевтичних процедур їй призначили УВЧ № 5, магнітотерапію № 16, масаж № 18, ЛФК I, II періоди № 28. Продовжували регулярні перев'язування та промивання дренажів. Шви зняли на 12-й день, рана загоїлась *per prima*.

Скелетне витягання припинено 28.05.2010 р.

Хворій дозволено перші кроки на милицях без опори на праву нижню кінцівку 02.06.2010 р. Об'єм рухів у правому кульшовому суглобі: згинання 70°, розгинання 5°, відведення 20°, приведення 10°. Ротація: зовнішня 15°, внутрішня 10°. Периметр правого стегна менший на 2,5 см порівняно з лівим, тонус м'язів знижений.

Відновлювальне лікування продовжено в амбулаторних умовах. Дозволено ходити на милицях з дозованим навантаженням на праву ногу. Функцію кінцівки показано на рис. 2. Об'єм рухів у кульшовому суглобі: відведення 30°, приведення 15°, згинання 80°, розгинання 15°. Ротація: зовнішня 30°, внутрішня 15°. Периметр правого стегна менший від лівого на 2 см, тонус м'язів знижений.

Результати рентгенологічного обстеження хворої на етапах контролю видно на рис. 3, 4.

На комп'ютерних томограмах від 07.07.2010 р. визначено поротичність верхньої третини правої стегнової кістки. Відновлювальне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування дало змогу уникнути асептичного некрозу головки, патологічного перелому шийки стегнової кістки і відновити функцію кінцівки. Після амбулаторного лікування пацієнтка

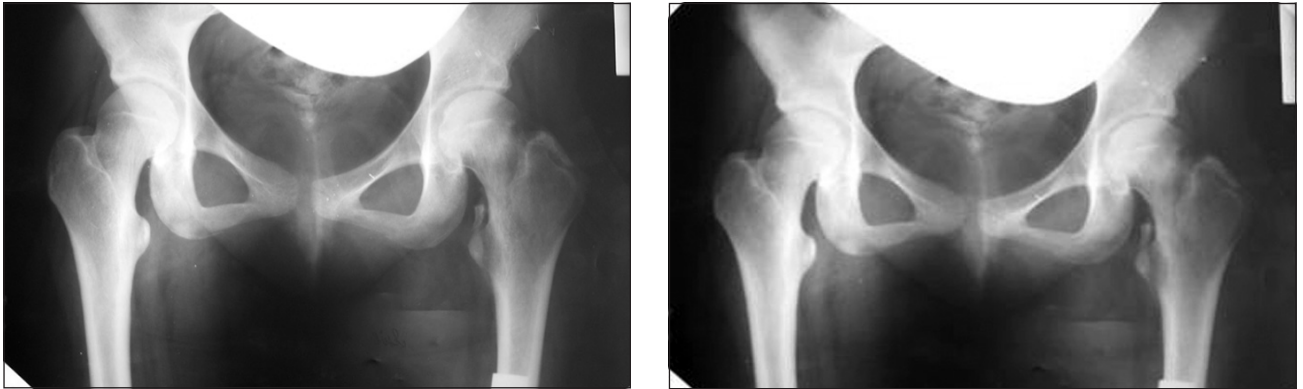


Рис. 3. Рентгенограми кульшових суглобів хворої М. через 3 та 9 міс після травми

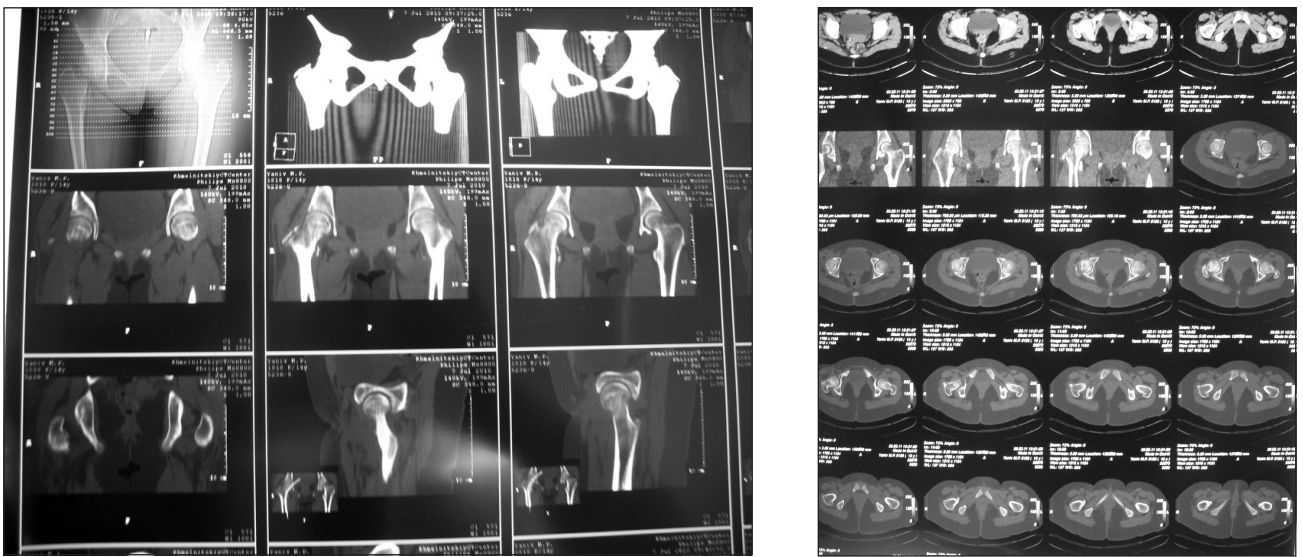


Рис. 4. Комп'ютерні томографи кульшових суглобів хворої М. через 6 та 11 міс після травми

продовжила реабілітацію в санаторії ім. Н. К. Крупської МОЗ України у м. Євпаторії. Упродовж всього періоду постраждала декількома курсами приймала «Артрон комплекс» та «Кальцій-Д₃ Нікомед». Через 11 міс після травми поротичність проксимального кінця правої стегнової кістки ще досить виражена. Хворій продовжили реабілітаційне лікування в санаторії «Орлятко». Ми проводимо подальші

спостереження, медичну та соціальну реабілітацію дитини. Хвора навантажує кінцівку, об'єм рухів достатній. Від батьків отримано згоду на публікацію фотографій та рентгенограм.

Список літератури

1. Баиров Г. А. Детская травматология: руководство / Г. А. Баиров. — 2-е изд. — СПб: Питер, 2000. — 384 с.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2011