

УДК 616.728.2-001.6-053.1)-053.37-08-039.73

ХОЛОДАРЕВ В.А., ХОЛОДАРЕВ А.П., АЧКАСОВ А.А.

НИИ травматологии и ортопедии, кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

## КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ

Врожденный вывих бедра, несмотря на значительные успехи в консервативном и оперативном лечении, в настоящее время продолжает оставаться одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста.

Учение о врожденном вывихе бедра является одним из основных разделов ортопедии. Эта патология различной степени встречается, в частности, на европейском континенте так часто (от 0,2 до 1 % населения), что ее последствия в виде деформирующих артрозов взрослых представляют серьезную социальную проблему.

Цель исследования: усовершенствование консервативного метода лечения детей с врожденным вывихом бедра в возрасте до 3 лет.

Исследования сотрудников Донецкого НИИ травматологии и ортопедии показали, что врожденная патология тазобедренного сустава у детей имеет место в 0,9 % наблюдений.

В качестве этиологических факторов, приводящих к отклонению в нормальном развитии тазобедренного сустава и окружающих мышц, называют порок их первичной закладки. Подтверждение этой теории некоторые авторы видят в сочетании врожденного вывиха бедра с прочими врожденными деформациями. Другие авторы причиной возникновения врожденного вывиха бедра считают задержку развития нормального тазобедренного сустава во время внутриутробной жизни плода. Эти нарушения развития иногда пытаются объяснить колебаниями витаминного баланса, гормональными расстройствами и другими причинами [2].

В зависимости от того, в какой период антенатальной жизни головка бедра и вертлюжная впадина начинают развиваться без тесного соприкосновения друг с другом, и проявляется различная степень нарушений. Это предположение не исключает истинного порока развития вертлюжной впадины и головки, когда уже с первых дней постнатального периода обнаруживается сформированный вывих. Исключительно редкое возникновение такой аномалии соответствует редкости обнаружения у новорожденных истинного, сформированного вывиха.

Патогенез врожденного вывиха бедра связан с предшествующим предвывихом сустава, характеризующимся гипоплазией вертлюжной впадины, ее уплощением, малыми размерами головки бедра и замедленным ее окосте-

нением, поворотом верхнего конца бедра (антеторсией), аномалиями в развитии нервно-мышечного аппарата области тазобедренного сустава [3]. Эти изменения подтверждаются патологическими данными: головка бедра в первые месяцы жизни ребенка смещена кнаружи и незначительно кверху. Постепенно с возрастом смещение кверху и кзади по подвздошной кости увеличивается, что сопровождается растяжением суставной сумки. Смещение головки бедра может быть незначительным при подвывихах и более выраженным при вывихах. Изменения наблюдаются со стороны формы и структуры уплощенной впадины, уменьшенной головки и суставных хрящей, суставной сумки, связок и мышц. Вертлюжная впадина обычно не только уплощена, но и вытянута в длину, ее верхнезадний край недоразвит, в результате чего крыша скошена и сверху отсутствует костный упор для головки бедра. Уплощение вертлюжной впадины увеличивается еще за счет уплощения хрящевого слоя дна вертлюжной впадины и развития на дне ее соединительной ткани. У более старших детей с формированием вывиха эти изменения увеличиваются: верхний свод может совсем исчезнуть, впадина принимает треугольную форму и становится более плоской; шейка бедра, развивающаяся при отсутствии упора, укорочена, ее шеечно-диафизарный угол остается тупым ( $135^\circ$  вместо нормального  $125^\circ$ ); лишенная упора шейка поворачивается кпереди [4].

Головка бедра бывает меньшей величины, деформированной, является позднее. У 25–30 % детей имеется макроскопическое изменение хряща головки бедра. При нагрузке на ногу с наличием вывиха бедра крыша вертлюжной впадины еще более сглаживается. Из-за скольжения головки бедра кверху образуется желобок скольжения. Суставная капсула подвергается резким изменениям, она растягивается, следуя за смещающейся кверху и кзади головкой, иногда головка припаяна к сумке. Полость сустава бывает разделена на три части и имеет форму песочных часов. Одна часть — верхняя — окружает головку, вторая — уплощенную впадину и остается незаполненной; в ней развивается соединительная ткань. Между ними находится суженный перешийек сумки, препятствующий перемещению головки из верхнего отдела в нижний. Круглая связка бывает то хорошо, то плохо выражена; после 3-летнего возраста в половине случаев она отсутствует [5].

Данная патология привлекает к себе внимание ученых всех стран. Основным вопросом является профилактика, которую не следует понимать в полном смысле этого слова, как мероприятие, предупреждающее возникновение этого врожденного порока развития. Поэтому профилактическое направление этой проблемы сводится к возможно более раннему выявлению и лечению детей с различной степенью неправильного развития тазобедренного сустава. Наиболее эффективным является лечение, начатое в первые дни и недели жизни ребенка, когда еще отсутствуют вторичные изменения элементов тазобедренного сустава [6].

Работа по организации раннего выявления и раннего лечения врожденных деформаций у детей была начата в Донецкой области с 1956 года и проводится по настоящее время.

В ортопедической клинике для детей Донецкого НИИ травматологии и ортопедии находился на лечении 331 ребенок, из которых 133 детям лечение начато в родильном доме и 198 детей до 3 лет получили функциональное лечение. Из числа детей, которым начато лечение в роддоме, левосторонний вывих имел место у 73 детей (54,2 %), правосторонний — у 19 (14,3 %), двусторонний — у 41 ребенка (30,8 %).

Лечение начинали по клиническим симптомам без рентгенологического обследования, которое назначали с 3-месячного возраста.

Отведение бедер в родильном доме достигалось абдукционной пластмассовой шиной З.И. Бондарь, фиксация которой осуществлялась в течение 2–3 недель. По показаниям в дальнейшем применяли профилактические штанишки либо функциональный метод стремена Павлика.

Лечение врожденной патологии тазобедренного сустава, начатое в родильных домах и детских консультациях, позволило получить отличные функциональные и анатомические результаты в 97,3 % наблюдений [7]. Диспансерное наблюдение детей из числа закончивших лечение в течение 5 лет в динамике показало их полное клиническое и рентгенологическое выздоровление.

В случае поздней диагностики врожденной дисплазии тазобедренного сустава и при неуспешном лечении консервативным путем в городах Донецкой области у 198 детей (286 суставов) применялся функциональный метод скелетного вытяжения. Среди детей от года до 3 лет, находившихся на функциональном лечении, левосторонний вывих был у 98 детей (49,4 %), правосторонний — у 48 (24,3 %), двусторонний — у 52 (26,3 %). В возрасте от года до 2 лет лечились 112 детей, от 2 до 3 лет — 86 детей: девочек — 150, мальчиков — 48.

В зависимости от характера недоразвития тазобедренного сустава различаем три степени дисплазии. Первая степень дисплазии тазобедренного сустава характеризуется недоразвитием крыши суставной впадины без смещения бедренной кости; имела место у 92 детей (102 тазобедренных сустава). При второй степени дисплазии тазобедренного сустава отмечалось умеренное смещение проксимального конца бедренной кости кнаружи по отношению к суставной впадине при на-

личии большей или меньшей части ее во впадине, т.е. подвывих. Со второй степенью дисплазии на лечении находилось 42 ребенка (73 сустава) в возрасте до 3 лет.

Третья степень дисплазии, т.е. истинный вывих бедра, характеризуется полным выхождением головки из суставной впадины; определялась у 198 детей (286 суставов) в возрасте до 3 лет. Клинически отведение бедер было ограничено при всех трех состояниях сустава, но степень ограничения зависела в основном от тонуса приводящих мышц и в меньшей степени — от смещения головок бедер. Асимметрия ягодичных складок на бедрах отмечена в равной степени как при дисплазии, подвывихе, так и при вывихе бедра, но количество их при этом было больше. Симптом соскальзывания В.О. Маркса наблюдался у новорожденных в 23 % наблюдений в роддоме и исчезал в первые 3–5 дней жизни.

Рентгенологическая диагностика врожденной патологии тазобедренного сустава у детей первых месяцев жизни затруднена из-за того, что костная система сустава у них состоит частично из хрящевой ткани, а костная основа, видимая на рентгенограмме, позволяет лишь приблизительно судить о взаимоотношениях головки и впадины. Именно поэтому различными авторами было предложено большое количество схем (Putti, Ombredanne, Kilgenreiner, Рейнберг и др.) и линий (Chenton, Calve), с помощью которых они стремились разобраться в сущности этих взаимоотношений. Но все эти схемы не позволяют установить соотношения некоторых элементов тазобедренного сустава (головка, лимбус, капсула, круглая связка), а взаимоотношение этих образований, и прежде всего головки и лимбуса, отличает подвывих от вывиха. Рентгенограмма в переднезадней проекции дает основание только поставить диагноз врожденной патологии.

Сущность функционального метода лечения заключается в наложении скелетного вытяжения за надмышечковую область бедра или бедер в положении отведения его до угла в 20–25°, с максимальной внутренней ротацией бедра, сроком на 1–2 месяца (подход индивидуальный). Грузы постепенно увеличиваются от 2 до 5 кг в зависимости от степени вывиха бедра, возраста ребенка и мышечного тонуса. Головка бедра низводится постепенно, очень щадяще, до уровня U-образного хряща тазобедренного сустава, затем постепенным разведением достигается полная абдукция бедер до 180° по отношению к туловищу. Устраняем латеропозицию бедра (бедер) за счет уменьшения грузов по оси бедра и вправляющими тягами через проксимальный отдел бедра или бедер сверху вниз, снаружи кнутри с грузом от 0,5 до 1,5 кг. Добиваемся непременно центрации головок в вертлюжной впадине под рентгенологическим контролем. Придаем большое значение активным движениям в тазобедренных суставах за счет качательных движений туловища (поза «ванька-встанька»). После восстановления правильного анатомического соотношения эпифизов в тазобедренных суставах, т.е. центрации головки, назначается физиофункциональное лечение для укрепления мышечного тонуса и улучшения кровоснабжения в них.

После снятия скелетного вытяжения накладывается функциональная гипсовая повязка Харта на 1,5 месяца. Затем в зависимости от степени доразвития элементов тазобедренного сустава функциональное лечение продолжается абдукционной гипсовой повязкой Круменя. В среднем через 6 месяцев переводим на шину Виленского без осевой нагрузки с последующим физиолечением тазобедренных суставов.

Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 198 детей (286 тазобедренных суставов) показал, что получен хороший и отличный функциональный и анатомический результат в 93,4 % наблюдений (267 тазобедренных суставов).

Неудовлетворительные исходы лечения имели место в 6,6 % наблюдений при невыполнении родителями режима лечения (релюксация, подвывих, торсия проксимального отдела бедра и эпифизиты). Эти осложнения развивались у тех детей, лечение которых было начато после двух лет. У этой категории в более раннем возрасте были попытки закрытого вправления головки бедра, но лечение родители не закончили.

Таким образом, раннее выявление и функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей является

одним из эффективных методов терапии. Описанный метод функционального лечения скелетным вытяжением является методом выбора.

### Список литературы

1. Волков М.В., Терезгазаров Г.М., Юкина Г.П. Врожденный вывих бедра. — М., 1972.
2. Волков М.В. Шины пластмассовые для лечения врожденного вывиха бедра у детей. — М., 1964.
3. Волков М.В. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра у детей. — М., 1969.
4. Куценюк Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывих и вывих бедра. — К., 1992.
5. Маркс В.О. Исследование ортопедического больного. — Минск, 1956.
6. Петросян Х.А. Врожденный вывих бедра. — Ереван, 1957.
7. Стаматин С.И., Морару А.Т. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра. — Кишнев, 1986.

Получено 05.11.11 □