



Раннее оперативное лечение врождённого вывиха бедра у детей

М.М. Ниёзов, А.А. Раззаков

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа основана на анализе оперативного лечения 79 детей до 3-х летнего возраста с врождённым вывихом бедра. Сроки наблюдения - от 2 до 8 лет. Установлено, что миотомия аддукторов и открытое вправление с капсулорафией являются малотравматичными способами оперативных вмешательств. Открытое вправление с корригирующей остеотомией бедренной кости (КОБ) и подкапсулярной ацетабулопластикой крыши вертлужной впадины увеличивают степень покрытия головки. После открытого вправления и КОБ в сочетании с лимбопластикой и капсулорафией формируется плотный тяж в виде валика, и соответственно полость сустава увеличивается. Отдалённые результаты оперативного лечения проанализированы у 67 больных. Хорошие результаты получены у 41 (61,2%) больного, удовлетворительные - у 20 (29,8%), неудовлетворительные - у 6 (9,0%).

Ключевые слова: врождённый вывих бедра, корригирующая остеотомия бедра, капсулорафия

Актуальность. Врождённый вывих бедра относится к самым тяжёлым порокам развития тазобедренных суставов, занимая первое место среди аномалий развития опорно-двигательного аппарата у детей. Частота его варьирует от 5 до 30 на 1000 новорождённых [1-3].

По-прежнему, общепринятыми считаются раннее выявление и функциональное лечение врождённого вывиха бедра, что в большинстве случаев приводит к вправлению и удержанию головки во впадине [3,4]. Клинические наблюдения подтверждают тот факт, что если нет анатомических препятствий для репозиции головки, то она достижима простыми консервативными и атравматичными способами. Однако известно, что бескровное вправление внутриутробно сформировавшихся вывихов удаётся не всегда, т.е. они относятся к неврвпавимым вывихам [2,5,6]. Неврвпавимость свидетельствует о наличии анатомических препятствий и бессмысленности, и даже вредности, повторных попыток вправления. В этих случаях возникают абсолютные показания к открытому его вправлению в раннем возрасте [2,5,7]. Известно, что пластическая способность тазобедренного сустава у детей раннего возраста выше, чем у детей старшего возраста. Поэтому раннее (до 3-х летнего возраста) устранение патологических изменений в тазобедренном суставе способствует дальнейшему доразвитию сустава в правильном направлении [2,5,6,8].

Как показывает анализ проведённых исследований, до настоящего времени нет единого мнения в отношении выбора тактики оперативного лечения детей

раннего возраста, что и обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования - изучение эффективности применения раннего оперативного метода лечения у детей до 3-х летнего возраста с врождённым вывихом бедра.

Материал и методы. Проанализировано оперативное лечение врождённого вывиха бедра у 79 детей до 3-х летнего возраста. Работа была проведена на базе Республиканского клинического центра травматологии и ортопедии в период с 2003 по 2009гг. Среди них было 63 (79,7%) девочки и 16 (20,3%) мальчиков. Двухсторонний вывих отмечен у 37 (46,8%) больных, односторонний - у 42 (53,2%), в том числе правосторонний - у 15 (19,0%), левосторонний - у 27 (34,2%). Основную массу больных составили девочки, что соответствует литературным данным (табл.1).

У 42 (53,2%) больных отмечен ацетабулярный вывих, у 32 (40,5%) - наацетабулярный, у 5 (6,3%) - подвздошный. До поступления в клинику 3 больных получали функциональное лечение (метод «over head»), у них в последующем наступила релюксация.

Отдалённые результаты лечения оценивались по балльной системе ЦИТО: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные.

Хороший результат характеризовался движением тазобедренного сустава в полном объёме, отсутствием болей и хромоты; удовлетворительный - движением тазобедренного сустава в неполном объёме



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Пол	Возраст в годах			Итого	
	до 1	от 1 до 2	от 2 до 3	Абс.	%
Мальчики	2	5	9	16	20,3
Девочки	3	31	29	63	79,7
Итого:	Абс:	5	36	38	79
	%	6,3	45,6	48,1	100,0%

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВИДАМ ОПЕРАЦИИ И СТОРОНАМ ПОРАЖЕНИЯ

Наименование операции	Сторона поражения			Итого	
	Левая	Правая	Двухсторонняя	Абс.	%
Миотомия аддукторов	17	6	26	49	62,0
КОБ	3	2	1	6	7,6
Артротомия, капсулорафия	-	3	1	4	5,1
Открытое вправление с КОБ	2	2	2	6	7,6
Открытое вправление с КОБ и капсулорафией с пластикой лимбуса	3	2	3	8	10,1
Открытое вправление с КОБ и подкапсулярной ацетабулопластикой	2	-	4	6	7,6
Итого:	абс:	27	15	37	79
	%	34,2	19,0	46,8	100%

(сгибание до 90°, отведение до 30°), болезненностью при нагрузке в тазобедренном суставе; неудовлетворительный – контрактурой и болью в тазобедренном суставе, положительным симптомом Тренделенбурга, прогрессирующим дистрофическими процессами.

Данные, использованные нами, обработаны с использованием программы Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Способ операции подбирали индивидуально после изучения результатов клинического и рентгенологического обследования.

При выборе тактики оперативного лечения учитывали характер патологического изменения в суставе и возраст больного.

По видам операции и сторонам поражения, больные распределялись следующим образом (табл. 2).

При невысоких вывихах и напряжении мышц аддукторов бедра, 49 (62,0%) больным произведена миотомия аддукторов с закрытым вправлением головки бедренной кости. После операции накладывалась гипсовая повязка в положении Лоренц I.

При увеличении шейечно-диафизарного угла более 145° и чрезмерной антеверсии шейки бедренной кости у 6 (7,6%) детей произведена межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости с закрытым вправлением вывиха (рис.1). При этом 3 больных до операции получали функциональное лечение.

4 (5,1%) больным при нормальных величинах шейечно-диафизарного угла произведена операция открытого вправления вывиха с капсулорафией: суть этой операции заключается в устранении патологически изменённых мягкотканых образований, препятствующих свободному вправлению головки в вертлужную впадину.

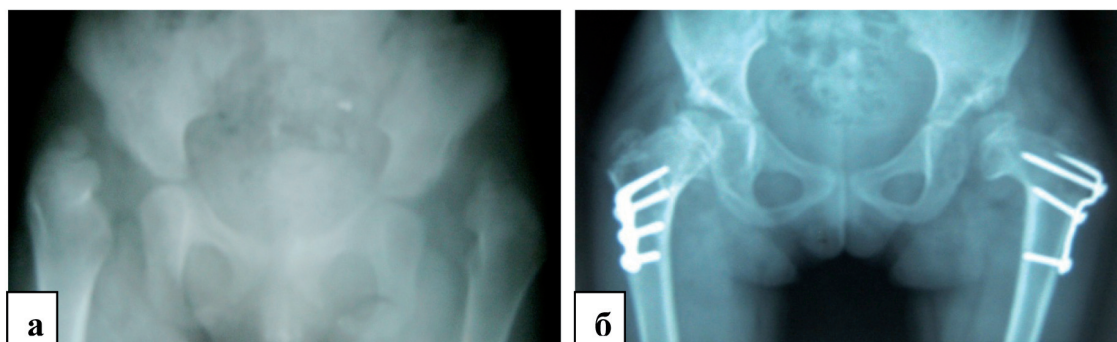


РИС. 1. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОЙ М., 3 ГОДА, С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЁДЕР: А – ДО ОПЕРАЦИИ, Б – МЕЖВЕРТЕЛЬНАЯ КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)

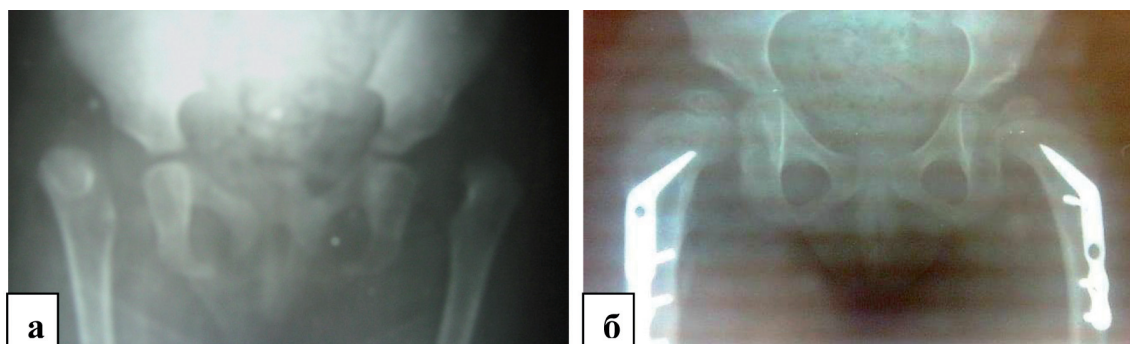


РИС. 2. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОЙ Х., 3 ГОДА, С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЁДЕР: А – ДО ОПЕРАЦИИ, Б – ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ С КОРРИГИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИЕЙ И КАПСУЛОРАФИЕЙ С ПЛАСТИКОЙ ЛИМБУСА

Открытое вправление с корригирующей остеотомией бедренной кости произведено 6 (7,6%) больным. В 8 (10,1%) случаях эта операция сочеталась с капсулорафией и пластикой лимбуса. Пластика лимбуса заключалась в радиальном рассечении его в двух местах и отслойке от полулунного хряща, с последующим прошиванием кетгутowymi нитями в области передне-верхнего и задне-верхнего краёв вертлужной впадины (рис.2).

У 6 (7,6%) детей с выраженной скошенностью крыши вертлужной впадины (ацетабулярный угол более 35-40°) произведено открытое вправление с КОБ и подкапсулярная ацетабулопластика крыши вертлужной впадины.

Во время операции у детей, получавших функциональное лечение, отмечалось заполнение вертлужной впадины жировой клетчаткой, лимбус был ввёрнут внутрь, головка бедренной кости была деформирована, и отмечено рубцевание капсулы сустава.

Всем больным после операции наложена гипсовая повязка, после её снятия проведено комплексное восстановительное (реабилитация) лечение.

После операции у 2 больных отмечена релюксация и у 1 больного развился асептический некроз головки

бедренной кости, по поводу которых они получали соответствующее лечение.

Отдалённые результаты оперативного лечения детей раннего возраста с врождённым вывихом бедра проанализированы у 67 (84,8%) больных, согласно системе ЦИТО, в сроки от 2 до 8 лет.

Хорошие результаты отмечены у 41 (61,2%) больного, удовлетворительные - у 20 (29,8%), неудовлетворительные - у 6 (9,0%).

Установлено, что миотомия аддукторов и открытое вправление с капсулорафией являются малотравматичными способами операции. После открытого вправления с КОБ и подкапсулярной ацетабулопластикой крыши и вертлужной впадины увеличивается степень покрытия головки, и аутоотрансплант является надёжной опорой для головки бедренной кости. У детей, которым выполнено открытое вправление и КОБ в сочетании с лимбопластикой и капсулорафией, головка бедра плотно удерживается за счёт расправления и фиксирования лимбуса в приподнятом положении. При этом в последующем из лимбуса формируется плотный тяж в виде валика, и соответственно полость сустава увеличивается, тем самым создаются условия для нормального формирования элементов тазобедренного сустава.



Таким образом, раннее оперативное лечение врождённого вывиха бедра, выполненное по предложенным показаниям, относится к эффективным методам лечения рассматриваемой патологии.

Дифференцированный подход к реконструкции лимбуса и капсулы позволяет создать мягкотканную опору, которая надёжно препятствует релюкации головки бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сафаров Д.М. Показания к первичному оперативному методу лечения детей с врождённым вывихом бедра / Д.М. Сафаров // Мат. II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. – Душанбе. – 2008. – С. 278-279
2. Соколовский А.М. Хирургическая «триада» при врождённом вывихе бедра у детей / А.М. Соколовский, О.А. Соколовский, О.В. Ковальчук // Медицинские новости. – 2008. – №7. – С. 95-100
3. Джураев А.М. Диагностика невправленных врождённых вывихов бедра у детей / А.М. Джураев, Р.Х. Тилавов, Р.Р. Шаропов // Мат. VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. – Ташкент. – 2008. – С. 390-391
4. Чиркова Н.Г. Лечение врождённой дисплазии и вывиха бедра у детей младшего возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Г. Чиркова. – Курган. – 2009. – 12 с.
5. Дюшенбаев Ш.Ш. Раннее выявление врождённого вывиха бедра. Консервативное и оперативное лечение при позднем выявлении / Ш.Ш. Дюшенбаев, С.А. Джумабеков, К.К. Бегалиев // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. – Т.14. – №5. – С. 374-375
6. Long-term result of combination of open reduction and femoral derotation varus osteotomy with shortening for developmental dislocation of the hip / M. Nakamura [et. all] // J Pediatr Orthop B. – 2004. – 13(4) – P. 248-53
7. Long-term results after open reduction of developmental hip dislocation by an anterior approach lateral and medial of the iliopsoas muscle / W. Cordier [et. all] // J Pediatr Orthop B. – 2005. – 14(2) – P. 79-87
8. Aksoy M.C. Closed reduction in the treatment of developmental dysplasia of the hip / M.C. Aksoy // Acta Orthop Traumatol Turc. – 2007. – 41 Suppl 1 – P. 25-30

Summary

Early operative treatment of congenital hip dislocation in children

M.M. Niyozov, A.A. Razzakov

The research is based on an analysis of surgical treatment of 79 children under 3 years with congenital hip dislocation. Time of observation - from 2 to 8 years. Found that the adductor myotomy and open reduction with capsulorraphy are less traumatic methods of surgical interventions. Open reduction with corrective osteotomy of femur (COF) and subcapsular acetabuloplasty of the acetabulum roof increases the degree of the head covering. After open reduction and COF in combine with limboplasty and capsulorraphy a dense bundle in the form of a roller is formed, and therefore the joint cavity is increased. Long-term results of surgical treatment were analyzed in 67 patients. Good results were obtained in 41 (61,2%) patients, satisfactory - in 20 (29,8%), unsatisfactory - in 6 (9,0%).

Key words: congenital dislocation of the hip, thigh corrective osteotomy, capsulorraphy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.М. Ниёзов – аспирант кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59
E-mail: m.nieozov@mail.ru