

## МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

*Гончаренко Вера Алексеевна*

старший преподаватель

*Стронина Светлана Николаевна*

студентка

*Клестова Елена Олеговна*

студентка

Медицинский институт

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный

национальный исследовательский университет»

г. Белгород, Белгородская область

### **ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА:**

#### **ЧАСТОТА, СТРУКТУРА, АНАЛИЗ**

#### **МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Аннотация:* в статье рассмотрены частота, причины возникновения, а также методы диагностики врожденной дисплазии тазобедренного сустава и эффективность лечения данной патологии у детей по Белгородской области в период с 2012–2014 гг.

*Ключевые слова:* здоровье, ортопедия, дети, дисплазия тазобедренного сустава.

Врожденный вывих бедра относится к наиболее распространенной и тяжелой патологии опорно-двигательной системы у детей, лечение которой представляет сложную задачу современной ортопедии [3]. Дисплазия тазобедренных суставов распространена во всех странах и, несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено много исследований, она остается актуальной для всех возрастных групп [1].

Термин «дисплазия» ввел еще в 1925 г. Н. Hilgenreiner и определил его как неправильное, задержанное, извращенное развитие, которое может привести к подвывиху и вывиху головки бедра. В настоящее время различают следующие

формы дисплазии тазобедренного сустава: предвывих (без смещения); подвывих (смещение головки бедра в пределах суставной впадины) – первичный и остаточный; вывих (полное смещение головки бедра) – боковой (переднебоковой), надацетабулярный, подвздошный (высокий) [5].

В связи с данными о высокой частоте заболеваний тазобедренного сустава у детей, трудностями диагностики и значительным процентом осложнений после проведенного лечения была обозначена цель исследования: проанализировать заболеваемость тазобедренного сустава и эффективность лечения данной патологии у детей по Белгородской области в период с 2012 г. по 2014 г. Достижение цели предполагало решение следующих задач: выявить процент детей по Белгородской области, родившихся с дисплазией тазобедренного сустава в период 2012–2014 гг.; установить степень влияния на проявление данной патологии пола и возраста ребенка; течения беременности и родов; роль наследственности. Так же оценить методы диагностики и лечения (оперативного, консервативного) данного заболевания, основываясь на данных детской областной клинической больницы г. Белгорода за период 2012–2014 гг.

В результате ретроспективного анализа историй болезней детей, находившихся на лечении, выявлен 61 случай врожденной патологии тазобедренного сустава. В 77% случаев возраст пациентов не превышает 1-го года (в среднем 3–6 мес.). Это позволяет говорить о том, что первичная диагностика дисплазий находится на высоком уровне. В целом, первичная диагностика приходится на первые месяцы жизни ребенка, что улучшает прогноз. Причем наблюдается хорошая тенденция к снижению заболеваемости: так, если в 2012 г. выявлен 31 случай болезни, то в 2014 г. зарегистрировано 11 больных с впервые выявленной патологией (т. е. заболеваемость снизилась почти в 3 раза).

Немаловажную роль в появлении дисплазий играет пол ребенка: девочки больше подвержены ВВБ, (что также подтверждается данными мировой статистики): процентное соотношение мальчиков и девочек составляет 1/4,6. Имеет значение течение беременности и родов: токсикоз 1-ой половины имел место в 45% случаев; угроза выкидыша – в 15%; перенесенные инфекции – в 13%. В 68%

случаев заболевания имели место первые по счету роды, а в 48% случаев – роды в тазовом предлежании. При этом в 21% случаев масса новорожденного составляла  $> 4000$  гр. Наследственный фактор сыграл роль в 27% случаев.

Вывих – самая частая форма поражения тазобедренного сустава (69%), причем в 36% случаев наблюдается вывих обоих суставов. На подвывих приходится всего 5%. Дисплазия наблюдалась в 26%. Соотношение одностороннее/двухстороннее поражение = 0.9/1.0, т.е. почти поровну. При одностороннем поражении чаще страдает левый сустав (31%), а правый подвергается дисплазии всего в 11% случаев.

При диагностике ВВБ основными клиническими симптомами у детей в возрасте до 1-го года являются: ограничение отведения бедра (99% случаев), симптом «щелчка» (91%), наружная ротация стопы (88%) и асимметрия ягодичных складок (56%) [2]. Зачастую к ним добавляются более грубые нарушения: укорочение ноги (34%) и деформация стопы на пораженной конечности (19%). Для детей старше 1-го года более информативны следующие симптомы [2]: нарушение походки (96%), высокое стояние большого вертела (83%), симптом «неисчезающего пульса» (78%). Причем симптома «щелчка» у них может и не быть, а вот ограничение отведения бедра существует в 100% случаев.

При рентгенологической диагностике ВВБ значение имеет ацетабулярный индекс (АИ), который в норме составляет у новорожденных 20–30°, а у детей старше 5 лет 12–16° [6]. В исследовании величина АИ  $> 30^\circ$  в 59% случаев, что подтверждает дисплазию. Костная крыша в 26% закруглена (при дисплазии), а в 74% скошена (вывих / подвывих). Головка бедра в 23% центрирована, а в 77% – латерализация (при присоединении антеторсии). Слабое развитие ядер окостенения и расширение суставной щели наблюдается в 98,5%, а разрыв линии Шелтона в 99% случаев.

Лечение производится поэтапно и зависит от вида поражения. Оно не является одномоментным. Пациенты наблюдаются в течение 2–3 лет, а при возникновении осложнений в старшем возрасте наблюдение возобновляется [8]. Консервативное лечение в 57% случаев занимает начальный этап лечения, а в 15%

случаев – как продолжение после оперативного вмешательства [7]. В 25% случаев прибегают сразу же к оперативному лечению в связи с тяжестью заболевания. Предпочтение отдают лейкопластырному вытяжению (в 58% случаев); методу закрытого вправления головки бедра с последующим наложением гипсовой повязки (41%) и применение шины Волкова (35%). ЛФК и массаж проводятся практически всем пациентам (76%) на том или ином этапе лечения. При выборе метода операции предпочтение отдается остеотомии таза по Солтеру (47%), т.к. этот метод позволяет не прибегать во время операции к дополнительной деторсионно-варизирующей остеотомии бедра (этот метод неизбежен при наличии антеторсии (20% случаев)). Классическое открытое вправление головки бедра составляет 31%.

Прогноз заболевания при своевременно начатом лечении условно благоприятный. В случае недостаточных профилактических мероприятий развивается диспластический коксартроз, с необходимостью специального лечения, включая эндопротезирование [9].

В результате проведенной работы выявлено:

1. Наблюдается тенденция к снижению заболеваемости в период 2012–2014 гг.
2. Преобладает ранняя диагностика заболевания (77% детей в 1-й год жизни).
3. Выше заболеваемость у девочек (соотношение мальчики/девочки = 1/4,6).
4. Весомое значение в развитии заболевания имеет наследственная предрасположенность и тяжелое течение беременности (особенно I половины).
5. Высок риск рождения ребенка с дисплазией тазобедренного сустава при первых родах, особенно в тазовом предлежании, и крупным плодом.
6. Часто встречаемый вид поражения – вывих (в особенности двухсторонний).
7. Соотношение одностороннее/двухстороннее поражение = 0,9/1,0. Причем левый сустав более подвержен заболеванию.

8. Частыми клиническими симптомами врожденного вывиха бедра являются: ограничение отведения бедра; симптом щелчка; асимметрия ягодичных складок; наружная ротация ноги; нарушение походки и симптом «не исчезающего пульса» у старших детей.

9. Основной метод диагностики – рентгенологический: увеличение АИ более  $20^\circ$ ; скошенная крыша вертлужной впадины; латерализация головки бедра; разрыв линии Шелтона; недоразвитие ядер окостенения; при присоединении антеторсии увеличение ШДУ более  $150^\circ$ .

10. Лечение поэтапное, зависит от вида поражения. Консервативное, в основном лейкопластырное вытяжение, специализированные шины и кокситную повязку, применяют на ранних стадиях и при подвывихе. Оперативное лечение является вторым этапом. Хороших результатов достигают при остеотомии таза по Солтеру. К деторсионно-варизирующей остеотомии прибегают при наличии антеторсии.

### ***Список литературы***

1. Травматология и ортопедия: руководство для врачей / Под ред. Ю.Г. Шапошников. – Т. 3. – 2007. – С. 145.
2. Мошкович И.А. Оперативная ортопедия / И.А. Мошкович. – М., 2009. – С. 38–42.
3. Волков М.В. Врожденный вывих бедра / М.В. Волков, Г.М. Тер-Егиазаров, Г.П. Юкина. – М., 2007. – С. 98.
4. Куценок Я.Б. Врождённая дисплазия тазобедренного сустава. Врождённые подвывихи и вывихи бедра / Я.Б. Куценок, Э.А. Рулла, В.В. Мельник. – Киев, 2002. – С. 189.
5. Ультрасонография в диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава у детей. Руководство по сонографии тазобедренного сустава / Р. Граф, П. Фаркас, К.Лерхер и др. – Vilnius, med. diagnost. centras, 2001. – С. 345.
6. Вовченко А.Я. К вопросу о ранней диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей /

А.Я. Вовченко, И.И. Копейкин, Т.А. Полищук // Здоровье Украины. – №3. – 2007. – С. 287.

7. Баиндурашвили А.Г. Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста. Клиника, диагностика, консервативное лечение / А.Г. Баиндурашвили, С.Ю. Волошин, А.И. Краснов. – СПб., 2010. – С. 256–260.

8. Ерекешов А.Е Врожденный вывих бедра у детей. – Казань, 2010. – С. 156.

9. Миронов С.П. Артроскопическая хирургия тазобедренного сустава: Практическое пособие. – М., 2004. – С. 120.