

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Гончеренко 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 $20\text{--}30^\circ$, а у детей старше 5 лет $12\text{--}16^\circ$ [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° ; скошенная крыша вертлужной впадины; латерализация головки бедра; разрыв линии Шелтона; недоразвитие ядер окостенения; при присоединении антеторсии увеличение ШДУ более 150° .

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-Егизаров, Г.П. Юкина. – М., 2007. – С. 98.
4. Куценок Я.Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывих и вывих 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.