

Рецензенты:

Е.Г. Сологуб, доктор мед. наук, профессор, главный врач детской психоневрологической больницы № 18;

Л.К. Михайлова, доктор мед. наук, ученый секретарь ГУН ЦИТО.

Малахов О.А., Кралина С.Э.

М18 Врожденный вывих бедра (клиническая картина, диагностика, консервативное лечение). — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. — 128 с.: ил. ISBN 5-225-04254-6

В книге обобщен многолетний опыт лечения больных с врожденным вывихом бедра. Освещены на современном уровне вопросы диагностики, консервативного лечения и реабилитации. Изучены основные ошибки, встречающиеся в процессе консервативного лечения, а также на диагностическом этапе, и методы их устранения.

Для ортопедов, травматологов, детских хирургов, педиатров.

ББК 54.58

Malakhov O.A., Kralina S.E.

Congenital dislocation of the hip: clinical presentation, diagnosis, and medical treatment. — Moscow: Meditsina Publishers, 2006. — 128 p.: ill. ISBN 5-225-04254-6

The book generalizes many years' experience in treating patients with congenital dislocation of the hip. It updates the problems of its diagnosis, medical treatment, and rehabilitation. Main errors committed during medical treatment and diagnosis and methods of their correction are considered.

Readership: orthopedists, traumatologists, pediatric surgeons, pediatricians.

ISBN 5-225-04254-6

© О.А.Малахов, С.Э.Кралина, 2006

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Предисловие	4
Введение	6

Глава 1. Врожденный вывих бедра и некоторые аспекты этой проблемы	8
--	---

1.1. Анатомические особенности строения тазобедренного сустава у детей в норме и при дисплазии	9
1.2. Этиология и течение дисплазии тазобедренного сустава	17
1.3. Клинико-статистические данные	21

Глава 2. Клиническая картина дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра	23
---	----

2.1. Клиническая симптоматика у детей до 1 года	23
2.2. Клиническая симптоматика у детей старше 1 года	26

Глава 3. Инструментальные методы обследования при врожденном вывихе бедра	31
--	----

3.1. Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава	32
3.2. Рентгенологический метод исследования	43
3.3. Артрография тазобедренного сустава	49
3.4. Компьютерная томография. Возможности визуализации при двойном контрастировании полости сустава	55
3.5. Цветовое доплеровское картирование с целью визуализации микроциркуляции в области тазобедренного сустава	60
3.6. Ангиография при врожденном вывихе бедра	67
3.7. Артроскопия тазобедренного сустава	69

Глава 4. Консервативное лечение детей с врожденным предвывихом, подвывихом и вывихом бедра	84
---	----

4.1. Функциональное лечение детей в возрасте до 6 мес	85
4.2. Лечение в функциональной гипсовой повязке детей старше 6 мес	90
4.3. Лечение поздно диагностированного вывиха бедер методом постепенного вытяжения	101
4.4. Ошибки и осложнения при консервативном лечении врожденного вывиха бедра	108
4.5. Программа реабилитационных мероприятий на этапах консервативного лечения детей с дисплазией тазобедренного сустава	118

Список литературы	123
-------------------------	-----

клона впадины при дисплазии прогрессивно увеличивается с возрастом ребенка и может достигать 60—70°. Угол фронтальной инклинации, т.е. разворот впадины впереди, из-за недоразвития ее переднего края также возрастает и достигает 40—60°. Ацетабулярный индекс увеличивается и составляет более 30°, однако при его определении следует учитывать, что у детей младшего возраста его истинную величину определяют по хрящевому краю крыши вертлужной впадины (например, при артрографии).

Увеличение шеечно-диафизарного угла при дисплазии тазобедренного сустава прогрессирует с возрастом, наибольшее его отклонение от нормы выявляется после 5—7 лет, когда он становится равным в среднем 140—145°. Угол антеторсии также возрастает. В некоторых случаях головка бедра может располагаться практически перпендикулярно к плоскости мышелков бедренной кости, т.е. угол становится равным 70—80°. Патологическая трансформация компонентов тазобедренного сустава приводит к уменьшению его стабильности. При этом угол вертикального соответствия уменьшается из-за одновременного увеличения шеечно-диафизарного угла и скошенности крыши вертлужной впадины и становится менее 70°, а угол горизонтального соответствия — равным нулю вследствие недоразвития переднего края впадины и патологической (увеличенной) антеторсии шейки бедренной кости. Степень покрытия головки бедра крышей вертлужной впадины, определяемый соотношением покрытой части головки к ее общему диаметру, также уменьшается до 0,7 и более.

Таким образом, диспластические изменения в тазобедренном суставе, которые происходят под воздействием отрицательных факторов обычно на начальном этапе формирования сустава, с ростом ребенка прогрессивно увеличиваются и в дальнейшем становятся необратимыми. Создание благоприятных условий для развития тазобедренного сустава на этапе начальных диспластических изменений позволяет остановить патологический процесс. Восстановив правильные соотношения между основными компонентами сустава — головкой бедра и вертлужной впадиной, в большинстве случаев остальные признаки дисплазии сустава самостоятельно нивелируются, и все его структуры, доразвиваясь иногда с небольшой задержкой, приобретают признаки нормального тазобедренного сустава. Сохраняющееся же несоответствие между компонентами сустава у ребенка 6 мес и старше является прогностически неблагоприятным для дальнейшего формирования сустава. Обычно к этому возрасту уже имеются существенные патологические изменения, устранение которых требует применения сложных методов лечения, но даже и в этом случае развитие сустава нарушается, сохраняются признаки его дисплазии.

1.2. Этиология и течение дисплазии тазобедренного сустава

По вопросу о причинах развития врожденного вывиха бедра существует большое количество теорий. Многие из них представляют исторический интерес и не могут объяснить всего сложного патологического процесса. Множество гипотез, основанных на различных теоретических соображениях, мы разделяем на группы. Остановимся на них кратко.

1. *Порок первичной закладки.* Согласно теории, врожденный вывих бедра возникает в результате первичных зародышевых изменений из-за патологического состояния хромосом изначально или их мутации под воздействием тератогенных факторов — механических, физических, химических, алиментарных, которые оказывают повреждающее влияние на зародыш в самых начальных стадиях его развития. Правомочность теории подтверждается наличием случаев сочетания врожденного вывиха бедра с врожденной расщелиной твердого неба, верхней губы, врожденной косолапостью, косорукостью.

2. *Наследственная теория* [14, 63, 70]. По данным разных авторов, семейный анамнез наследования врожденного вывиха бедра встречается у 1,3—14 % больных. При этом наблюдается стойкое изменение генотипа, приводящее к наследственному заболеванию и проявляющееся врожденным вывихом бедра.

3. *Предвывих бедра (прелюксация)* возникает в результате растяжения капсулы и выскальзывания головки из впадины из-за анатомических особенностей тазобедренного сустава у плодов и тесного положения плода на последних месяцах беременности (при приведении и прижатии ног ребенка к туловищу, особенно при тазовом предлежании), тугом пеленании. Предвывих бедра является первичным, вслед за которым развивается дисплазия элементов тазобедренного сустава как вторичное явление [8].

4. *Дисплазия тазобедренного сустава* отмечается у 10—20 % новорожденных [60] в результате неправильного или замедленного развития тазобедренного сустава. К моменту рождения наблюдается замедленная оссификация компонентов тазобедренного сустава, тогда как хрящевые его элементы развиты удовлетворительно. При правильном уходе за новорожденным (сохранение физиологичного положения отведения в тазобедренном суставе) тазобедренный сустав самостоятельно доразвивается. В других же случаях дисплазия тазобедренного сустава приводит к вывиху бедра. Таким образом, по данной теории, дисплазия тазобедренного сустава является первичной, а вывих формируется вторично [65].

5. *Теория сумочно-связочной релаксии.* Основной структурой, обеспечивающей стабильность тазобедренного сустава у

плода и детей в возрасте до 1 года, является сумочно-связочный аппарат. При его слабости, в том числе обусловленной конституционально, предрасположенность к развитию вывиха бедра более выражена [14].

6. *Гормональная теория.* Согласно этой теории, причиной развития врожденного вывиха бедра является слабость капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава, возникающая под воздействием гормонов (например, гормона матери — релаксина). При гипофункции щитовидной железы у матери происходит нарушение развития соединительной ткани у плода: в частности, наблюдается энхондральное окостенение, которое при замедленном развитии тазобедренного сустава может привести к подвывиху и вывиху.

7. *Нейромышечная теория.* Некоторые авторы рассматривают врожденный вывих бедра как следствие нервно-мышечной недостаточности и нарушения координации мышц, окружающих тазобедренный сустав.

8. *Механическая и травматическая теории* (Гиппократ). Согласно его теории, развитие вывиха обусловлено травмой плода в утробе матери или во время прохождения его через родовые пути, а также неправильным положением плода в матке.

9. *Приобретенная статическая деформация* [69]. Согласно теории автора, вывих бедра развивается постепенно — в первые 2—3 года жизни. При этом выскальзывание головки бедра из впадины кверху происходит сначала под влиянием мышечной тяги, а затем под влиянием массы тела.

Бесспорно, что этиология рассматриваемого недуга очень сложная, недостаточно изучена и представляет биолого-генетическую проблему. В настоящее время возникновение врожденной патологии тазобедренного сустава следует рассматривать, исходя не из какой-то одной причины. По-видимому, сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в пренатальном, так и в постнатальном периоде формирования тазобедренного сустава приводит к развитию патологии.

Нарушение формирования тазобедренного сустава у новорожденного может проявляться только в недоразвитии его компонентов без смещения головки бедра или же как истинный вывих, когда наблюдается дислокация головки бедра из впадины. При этом у одного и того же ребенка может быть сочетание дисплазии сустава на одной стороне и истинного вывиха на другой.

На ранней стадии дисплазии (рис. 1.6) наблюдается такое состояние сустава, когда капсула растянута и головка бедра легко и свободно вправляется и вывихивается из впадины, — так называемый предвывих бедра. Судьба предвывиха во многом зависит от условий содержания ребенка в первые дни жизни. У одних детей при ранней диагностике дисплазии и



1.6



1.7

Рис. 1.6. Дисплазия правого тазобедренного сустава у ребенка 1,5 мес. Недоразвитие крыши вертлужной впадины справа без смещения головки бедра.

Рис. 1.7. Подвывих головки левого бедра у ребенка 10 мес. Головка бедра не выходит за пределы впадины, однако отмечается ее децентрация (смещение латерально и кверху) при задержке развития крыши вертлужной впадины.

Рис. 1.8. Ацетабулярный вывих головки левого бедра у ребенка 9 мес. Головка бедра на уровне крыши вертлужной впадины.



1.8

своевременном начале лечения происходит излечение — капсула сустава сокращается, головка бедренной кости центрируется во впадине с дальнейшим правильным формированием сустава; у других — может сформироваться подвывих бедра (рис. 1.7), при этом головка остается во впадине, но она децентрирована, смещена и не выходит за пределы лимбуса. Если же головка бедра теряет контакт с впадиной, наблюдается интерпозиция лимбуса, и головка оказывается за пределами последнего, формируется вывих бедра.

Чаше всего (до начала ходьбы) под действием тяги мышц головка бедра смещается кверху и приблизительно до 1 года находится у верхненаружного края впадины. Образуется так называемый ацетабулярный вывих головки бедра (рис. 1.8). Расположение головки бедра на уровне крыши впадины самым неблагоприятным образом сказывается на развитии



Рис. 3.23. Врожденный вывих бедра справа. Дефект наполнения контраста в области вертлужной впадины.

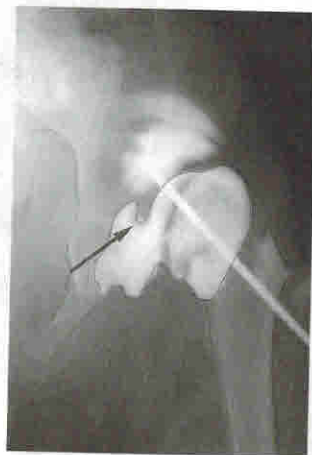


Рис. 3.24. Врожденный вывих левого бедра. Лимбус (обозначен стрелкой) завернут внутрь полости сустава.

При остаточном подвывихе артрографию выполняют с целью вычисления истинных показателей развития тазобедренного сустава по хрящевым ориентирам — величине ацетабулярного индекса и степени покрытия головки бедренной кости (по этим данным определяют показания к объему внесуставной группы коррекции). Это связано с тем, что в данной возрастной группе большая часть структур сустава представлена рентгено-негативной хрящевой тканью (рис. 3.26). При артрографии сустава визуализируются все элементы, что позволяет вычислить истинные показатели развития тазобедренного сустава по хрящевым структурам, а это помогает в выборе адекватной оперативной тактики. При показателях ацетабулярного индекса (по данным рентгенографии), равных 35° , который считается пограничным для проведения внесуставной коррекции тазового компонента, необходимо провести контрастное исследование и вычислить этот показатель по хрящевым ориентирам. При этом показанием для коррекции тазового компонента тазобедренного сустава считается ацетабулярный угол (вычисленный по хрящевым ориентирам) более 15° [52].

Приводим клинические примеры.

Больная Л., 2 года 3 мес., поступила в клинику детской ортопедии ЦИТО с диагнозом: остаточный подвывих головки правого бедра (рис. 3.26; 3.27).

На рентгенограмме — остаточный подвывих в правом тазобедренном суставе. При вычислении (по костным ориентирам) — аце-

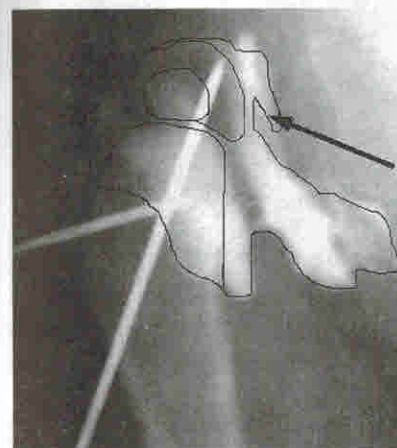


Рис. 3.25. Врожденный вывих правого бедра. Лимбус (обозначен стрелкой) поджат головкой бедра к наружной поверхности крыла подвздошной кости.



Рис. 3.26. Анатомический препарат (возраст 2 года). Хрящевая часть крыши вертлужной впадины (обозначена стрелкой).

табулярный индекс равен 35° , угол Виберга 10° . Для определения истинного положения в тазобедренном суставе была выполнена артрография, на которой выявлено, что истинный ацетабулярный индекс составляет 13° и в положении тазобедренных суставов с отведением и внутренней ротацией полное покрытие головки бедра.

На основании артрограммы можно сказать, что в данном случае имелось удовлетворительное развитие крыши вертлужной впадины, хотя отмечалось и некоторое запаздывание процессов оссификации. В связи с этим было решено произвести коррекцию только бедренного компонента.

Больная О., 2,5 года, поступила с диагнозом: остаточный подвывих левого бедра (рис. 3.28).

Ацетабулярный индекс по костным ориентирам составил 35° , при проведении артрографии тазобедренного сустава выявлен дефицит покрытия, ацетабулярный индекс по хрящевым ориентирам 25° . В данном случае имелось истинное недоразвитие крыши вертлужной впадины, в связи с чем решено было выполнить коррекцию как бедренного, так и тазового компонентов. Произведена остеотомия таза по Солтеру слева и деторсионно-варизирующая остеотомия левого бедра.

Из приведенных примеров видно, что при одинаковом развитии костной части крыши вертлужной впадины хрящевая ее часть выражена не в равной степени. У одних больных ее развитие удовлетворительное и, скорее всего, здесь имеется задержка оссификации; у других — отмечается истинное

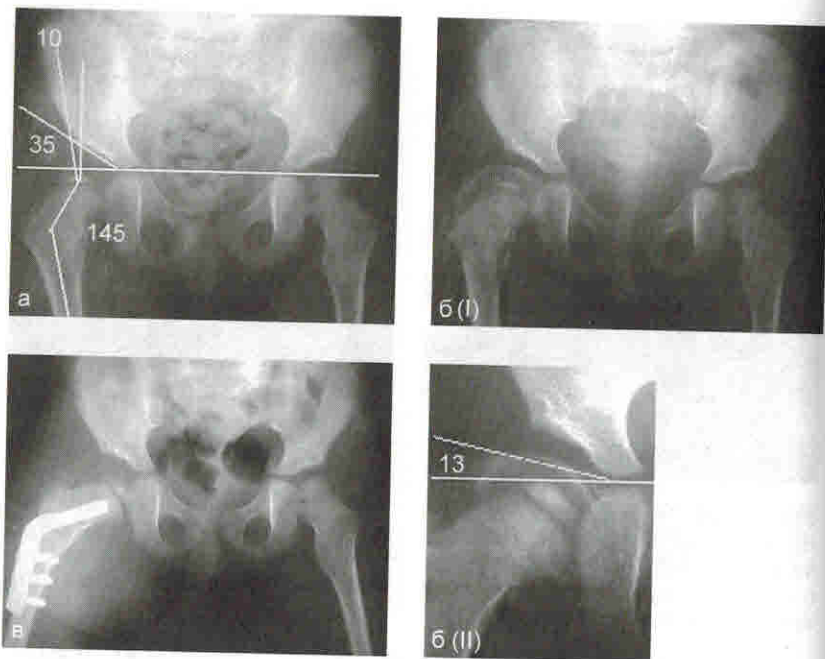


Рис. 3.27. Подвывих головки правого бедра. Объяснение в тексте.
а — рентгенограмма до лечения; б (I) — артрография правого тазобедренного сустава; б (II) — ацетабулярный индекс по хрящевым ориентирам 13°; в — рентгенограмма после деторсионно-варизирующей остеотомии правого бедра с фиксацией пластиной. Полное покрытие головки правого бедра.

недоразвитие крыши вертлужной впадины и только оперативное вмешательство может исправить ситуацию. Поэтому мы считаем необходимым при пограничных показателях развития тазобедренного сустава обязательно выполнять контрастное исследование, что дает возможность провести адекватное хирургическое лечение.

Таким образом, артрография тазобедренного сустава в большинстве случаев помогает решить ряд сложных задач, поставленных перед хирургами. Она позволяет определить возможности для закрытого вправления, визуализировать расположение структур тазобедренного сустава как до вправления, так и после него. При показаниях к открытому вправлению и/или к внесуставной коррекции компонентов тазобедренного сустава необходимо определить адекватный объем оперативного вмешательства, что имеет особенное значение в связи со снижением возрастной границы для оперативного лечения детей с врожденным вывихом бедра.

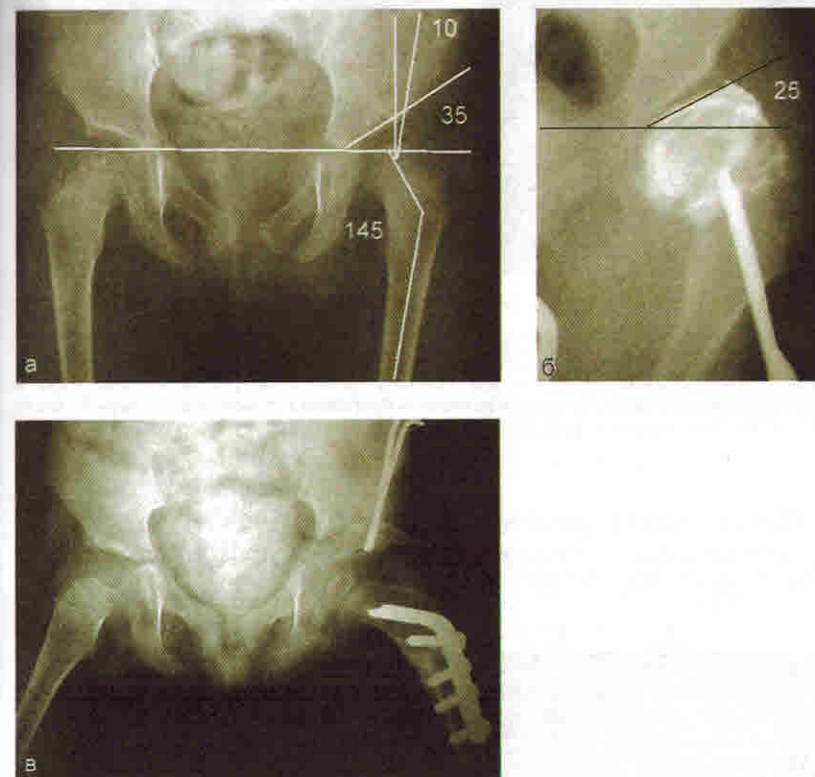


Рис. 3.28. Подвывих головки левого бедра. Объяснение в тексте.

а — рентгенограмма до лечения; б — артрограмма левого тазобедренного сустава. Ацетабулярный индекс по хрящевым ориентирам 25°; в — рентгенограмма после остеотомии таза по Солтеру и деторсионно-варизирующей остеотомии бедра слева.

3.4. Компьютерная томография. Возможности визуализации при двойном контрастировании полости сустава

В настоящее время при выборе метода хирургического лечения предъявляются более жесткие требования к знанию взаимоотношений структур тазобедренного сустава. При проведении исследований только во фронтальной плоскости мы не можем всесторонне оценить это. Как известно, при КТ оценивается взаимоотношение структур сустава в горизонтальной плоскости, а также возможно получить представление о суставе в трехмерном пространственном изображении [64, 68].

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПРЕДВЫВИХОМ, ПОДВЫВИХОМ И ВЫВИХОМ БЕДРА

Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава получило широкое распространение. В настоящее время не вызывает сомнения, что результаты своевременно проведенного консервативного лечения всегда лучше оперативных вмешательств на тазобедренном суставе. По нашим данным, лечение, проведенное в первые месяцы жизни, дает до 95 % хороших результатов, у детей второго полугодия жизни — до 78 %, тогда как при оперативных методах вправления головки бедра удовлетворительные результаты удается достигнуть не более чем у 50 % [9].

Методы консервативного лечения претерпели значительные изменения. В настоящее время общепризнанными являются методики функционального лечения [6, 26]. Их внедрение дало возможность заменить пассивное механическое лечение динамическим и функциональным, идея которого связана с именами М. Forrester-Brawn и F. Bauer [59]. Преимущество их состоит в том, что вместо иммобилизации тазобедренного сустава в процессе лечения используются активные движения в нем, благотворно влияющие как на сустав, так и на мускулатуру. Целью лечения является не только репозиция головки бедра, но и образование хорошо развитой вертлужной впадины.

В настоящее время функциональные методы характеризуются [11, 28, 30, 31, 34, 62]. Авторы создают различные модели фиксирующих приспособлений для лечения детей раннего возраста [18, 39, 48]. Это свидетельствует о стремлении ортопедов к усовершенствованию методов лечения. При изучении этой литературы порой не знаешь, какой метод порекомендовать пациенту. Несмотря на наличие множества отводящих приспособлений, еще недостаточно налажен массовый выпуск шин и аппаратов, и методики их применения не усовершенствованы. Небольшое количество пациентов, которым проводилось лечение по какой-либо авторской методике, не дают возможность объективно оценить их результаты. К тому же при обращении в ЦИТО пациентов после лечения различными методами установлен их некоторый отрицательный эффект (см. раздел 4.4).

Таким образом, исходя из нашего длительного и большого опыта лечения детей с врожденным вывихом бедра, основными методами, дающими наибольшее количество положительных результатов и наименьшее число осложнений, являются: у детей до 6 мес — лечение в стременах Павлика, у детей от 6 мес до 1,5—2 лет — вправление по методике Тер-Егизарова—Шептуна, в более старшем возрасте (до 3 лет) — вправление после предварительного вытяжения. Подробно данные методики рассмотрены ниже.

4.1. Функциональное лечение детей в возрасте до 6 мес

Лечение врожденного предвывиха (подвывиха, вывиха) бедра необходимо начинать в первые дни и часы жизни ребенка, как только обнаружен симптом соскальзывания или выявлена совокупность признаков, указывающая на дисплазию тазобедренных суставов. Необходимо подчеркнуть, что именно первые 5—7 дней решают судьбу предвывиха бедра. Сустав будет развиваться нормально при полной центрации головки во впадине с первых дней жизни ребенка или же будет дальнейшее прогрессирование вывиха бедра при наличии децентрации головки в вертлужной впадине [1].

Основным принципом раннего функционального лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава является придание нижним конечностям положения отведения в тазобедренных суставах при сохранении активных движений в них. В настоящее время известно множество способов раннего лечения с применением различных отводящих приспособлений (отводящие шины, штанишки, повязки, подушки типа Фрейка, стремяна Павлика и др.). Мы остановимся на основной, наиболее результативной и адекватной методике лечения врожденного предвывиха (подвывиха, вывиха) бедра у детей раннего возраста.

В профилактических целях, а также до осмотра ребенка ортопедом еще в родильном доме нижним конечностям придается положение отведения в тазобедренных суставах при помощи широкого пеленания (по общеизвестной методике). Данное мероприятие не является лечебным при подтверждении диагноза врожденного предвывиха, тем более подвывиха и вывиха бедра, однако чем в более ранний момент начала профилактики, тем в дальнейшем благоприятнее прогноз развития тазобедренного сустава. Также при этом ребенок быстрее привыкает к положению отведения нижних конечностей, а приводящая контрактура развивается не так быстро. Хочется предостеречь педиатров от применения жестких конструкций для фиксации, т.е. шин, препятствующих движениям нижних конечностей, совершаемым ре-



Рис. 4.1. Общий вид ребенка в стременах Павлика.
а — вид спереди; б — вид сзади.

бенком, не следует детям с предвывихом бедра назначать лечебную гимнастику — вращательные движения в тазобедренных суставах, так как это еще в большей степени растягивает капсулу тазобедренного сустава и может ухудшить развитие заболевания.

В настоящее время в ЦИТО основным методом раннего функционального лечения врожденного предвывиха, подвывиха, вывиха бедра является методика с применением стремян Павлика [71]. Благодаря нашему опыту, мы пришли к выводу, что применение стремян Павлика при этой патологии является наиболее оптимальным для детей в возрасте до 6 мес. Преимущество этого метода лечения заключается в удержании бедер в положении сгибания и отведения при сохранении активных движений в тазобедренных суставах, что способствует расслаблению напряженных аддукторов, самопроизвольному вправлению головки бедренной кости и благоприятствует последующему формированию сустава. В стременах можно также регулировать степень сгибания в тазобедренных суставах в зависимости от степени дисплазии, для наиболее правильной центрации головки бедренной кости в вертлужной впадине сохраняется открытой область промежности, что облегчает уход за ребенком. Все другие методики лечения в данной возрастной группе уступают ей по своей эффективности и имеют большее количество осложнений.

Стремена Павлика состоят из двух частей: лифчика и пары стремян, одеваемых на обе ноги ребенка независимо от одно- или двусторонней патологии. В авторском варианте они изготовлены из натуральной кожи, но мы в своей работе перешли на применение стремян, сшитых из фланелевой ткани; при этом не происходит мацерации нежных кожных покровов младенца (рис. 4.1).

Вначале приспособления надевают таким образом, чтобы они удерживали ноги в положении сгибания и отве-

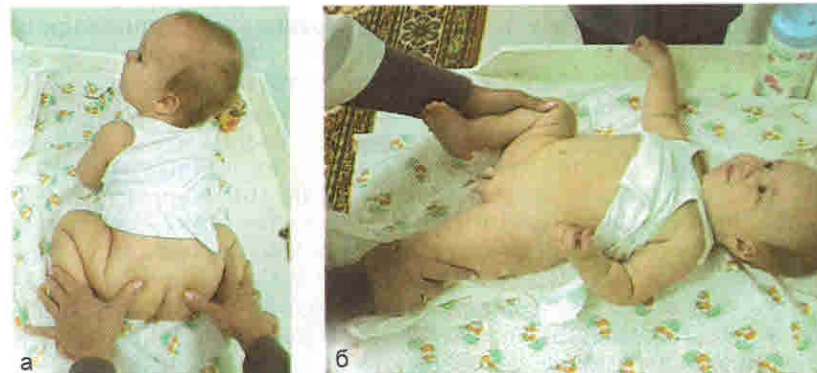


Рис. 4.2. Лечебная отводящая гимнастика при приводящей контрактуре в тазобедренных суставах.

а — выкладывание ребенка на живот в положение «лягушки»; б — упражнения для увеличения пассивного отведения в тазобедренных суставах.

дения настолько широко, насколько их можно отвести без усилия. Необходимые отведение и сгибание в тазобедренных суставах достигаются путем дозированного подтягивания лямок в течение 3—4 нед, обычно каждые 4 дня. При этом ляками, расположенными спереди, можно регулировать сгибание в тазобедренных суставах, а задними ляками, отходящими от наружной поверхности голени, увеличивать разведение нижних конечностей. При дисплазии тазобедренных суставов или подвывихе хорошая центрация головки бедренной кости в вертлужной впадине происходит при полном отведении бедер и сгибании в тазобедренных суставах до угла 90° . Когда у ребенка имеется вывих в тазобедренном суставе, для вправления головки бедра во впадину необходимо постепенно придать ножкам «аксиллярное» положение, т.е. увеличить сгибание в тазобедренных суставах до $70-80^\circ$. При этом головка бедра вправляется во впадину через ее нижний край.

В процессе лечения при имеющейся у ребенка выраженной приводящей контрактуре в тазобедренных суставах необходимо назначение лечебной отводящей гимнастики (рис. 4.2). Рекомендуется выкладывать ребенка на живот в «положение лягушки», а также выполнять упражнения на отведение, растяжение аддукторов бедер. В процессе вправления также обязательно использование сухого тепла на область бедер, возможно назначение ректальных анальгезирующих свечей 1—2 раза в день в возрастной дозировке. С целью удержания положения отведения в тазобедренных суставах, особенно в первые месяцы лечения, необходимо

тивного лечения при правильном выборе и точном их использовании в большинстве случаев приводят к хорошим результатам с наименьшим количеством осложнений.

4.4. Ошибки и осложнения при консервативном лечении врожденного вывиха бедра

Ошибки и осложнения при консервативном лечении врожденного вывиха бедра в настоящее время встречаются значительно реже. С изменением принципа лечения данной патологии в последние 50 лет, т.е. с отменой насильственных методов вправления и переходом к функциональным методам лечения, практически не встречаются такие виды осложнений, как переломы бедренной кости, парезы и параличи. Значительно уменьшился процент дистрофических процессов в головке бедра, контрактур в тазобедренном суставе после консервативного лечения [40]. Несмотря на успехи в организации раннего лечения этой патологии, сохраняется значительный процент детей с невправленным вывихом бедра к 6-месячному возрасту (по различным причинам). Безуспешность консервативных мероприятий при этом связана не только с наличием каких-либо препятствий для вправления вывиха, но и с неправильным проведением терапии [25, 43]. С развитием новых методик лечения и разработкой различных авторских аппаратов, импортных и отечественных ортопедических пособий для вправления головки бедра во впадину появилось много ошибочных представлений о возможностях этих методов лечения. Порой врачу бывает трудно разобраться во всем их многообразии и лечение ведется не по принципу адекватности и наличия показаний к данной методике, а с позиции наличия ортопедического пособия в данном медицинском учреждении и практических навыков врача. В связи с этим при отсутствии результата от такого лечения в течение нескольких месяцев возникают показания к оперативным методам вправления. Однако при обращении в ЦИТО после безуспешного консервативного лечения в каком-либо медицинском учреждении использование адекватного метода консервативного лечения или коррекция ранее проводимого с точным соблюдением этапности приводит к закрытому вправлению вывиха. Вместе с тем, несомненно, что многократные попытки вправления с отрицательным результатом в сочетании с длительно применяемой иммобилизацией в гипсовой повязке вызывают ятрогенные повреждения структур сустава, что в конечном итоге инициирует возникновение коксартроза [2, 57].

В связи с вышесказанным мы сочли необходимым провести в нашей работе исследования с целью выявления основных причин неудовлетворительных исходов раннего лечения



Рис. 4.22. Отводящие прокладки типа подушки Фрейка, используемые в настоящее время (а, б, в).

на основании лечебного анамнеза пациентов и в дальнейшем проанализировали основные ошибки при консервативном лечении детей до 1,5 лет. Ретроспективный анализ лечения проведен нами у 183 больных с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 мес до 1,5 лет после ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях.

До поступления в ЦИТО у пациентов применяли следующие методики/ортопедические пособия: отводящую прокладку типа подушки Фрейка (27,9 %), отводящую шину (20,2 %), ФГП (19,6 %), стремена Павлика (12,6 %), закрытое вправление — одномоментно или после вытяжения (11,5 %), массаж и лечебную гимнастику без фиксации нижних конечностей (5,5 %), аппараты авторских конструкций (2,7 %). Выявлено, что предшествовавшая терапия оказалась безуспешной у 146 (79,8 %) больных, у 37 (20,2 %) — было достигнуто вправление, однако у 14 из них отмечались различные осложнения, у 23 — остаточный подвывих головки бедренной кости.

При ретроспективном анализе установлено, что у 134 (73,2 %) больных проводилась неадекватная терапия и/или отмечалась низкая исполнительная дисциплина со стороны родителей.

Так, например, при использовании отводящей прокладки типа подушки Фрейка не учитывают то, что в настоящее время применяется не авторский вариант этого ортопедического пособия, который не обеспечивает условий для правильного лечения дисплазии тазобедренного сустава (рис. 4.22).

Истинную подушку Фрейка ранее изготавливали из гагачьего пуха, который является упругим материалом, обеспечивающим постепенное, равномерное, не агрессивное давление, направленное на устранение приводящей контрактуры [60].