

УДК: 616.728.2-001.6-053.1

КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Н.Ф. ЭРАНОВ, С.Ю. ИБРАГИМОВ, Ш.Н. ЭРАНОВ, М.Д. НАРЗИКУЛОВ, Б.Н. ЭРАНОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА СОНЛАРНИНГ ТУГМА ЧИҚИШИНИ КОМПЛЕКС ФУНКЦИОНАЛ ДАВОЛАШ

Н.Ф. ЭРАНОВ, С.Ю. ИБРАГИМОВ, Ш.Н. ЭРАНОВ, М.Д. НАРЗИКУЛОВ, Б.Н. ЭРАНОВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

COMPLEX FUNCTIONAL TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE FEMUR IN CHILDREN

N.F. ERANOV, S.Yu. IBRAGIMOV, Sh.N. ERANOV, M.D. NARZIQULOV, B.N. ERANOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу мақола 2006 – 2016 йилларда даволанган 538658 беморлар (1077316 бўғимлар) даволиниши натижаларига асосланган. Болалар 1 ойликдан 1 ёшгача бўлган даврда болалар ортопеди томонидан поликлиникаларда назоратда бўлган. Беморлар таъхис қўйилиши ва ҳисобга олиниши муддатига кўра уч хил ёшдаги гуруҳга бўлинган. Шундай қилиб, 1 ойликдан 3 ойликкача бўлган чақалоқларда 1 йил ва 5 йилдан сўнг сонларни тугма чиқишининг натижалари тахлил қилинганда учала гуруҳдаги болаларнинг 89% да клиник рентгенологик кўрсаткичлари яхши эканлиги аниқланди.

Калим сўзлар: Соннинг тугма чиқиши, болалар, даволаш.

The work is based on the analysis of the results of examination and treatment of 538658 patients (1,077,316 joints) for the period from 2006 to 2016. Children from the first month of life to 1 year were observed in the polyclinic department of pediatric orthopedics. The patients were divided into 3 age groups, taking into account the timing of the diagnosis and taking them into account. Thus, the analysis of long-term results after the closed repositioning of congenital dislocation of the hip in one year and 5 years in three age groups showed that in 89% of cases, good clinical and radiologic indices in children in the group from 1 to 3 months were observed.

Key words: Congenital hip dislocation, children, treatment.

Актуальность: Врожденный вывих бедра – это одно из наиболее тяжелых ортопедических заболеваний у детей. Несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено много исследований она остается актуальной для всех возрастных групп больных, в том числе и для детей грудного возраста [3,4,5,6]. Раннее лечение врожденного вывиха бедра ставят в основу профилактики инвалидности при этом заболевании, а полного выздоровления можно добиться только при лечении детей с родильного дома. Ортопеды уже не удовлетворяются только тем, чтобы головку бедренной кости вправить в вертлужную впадину. Удовлетворительным исходом лечения считают полное восстановление формы и функции тазобедренного сустава. Лечение должно быть основано на принципе постепенного вправления вывиха с восстановлением правильного соотношения вертлужной впадины и головки (с максимальным щажением сосудов, нервов и роста вертлужной губы-лимбуса). Большая роль при этом должна отводиться сохранению функции как тазобедренного, так и коленных суставов, после вправления вывиха.

Материалы и методы исследования: работа основана на анализе результатов обследования и лечения 538 658 больных (1077316 суставов) за период с 2006 по 2016 год. Дети с первого месяца жизни до 1 года наблюдались в поликли-

ническом отделении детской ортопедии. Больные были разделены на 3 возрастные группы с учетом сроков постановки диагноза и взятия их на учет (табл. 1.).

В течение 2006-2016 гг. врачами многопрофильной детской областной больницы и областной больницы ортопедии последствий травмы осуществлялся первичный консультативный осмотр новорожденных в ряде роддомов г. Самарканда и районов Самаркандской области, что позволило уже с первых дней жизни ребенка на основании клинико-рентгенологических (УЗИ, рентген) данных определять патологию тазобедренного сустава и начать своевременное лечение и профилактику возможных осложнений. Во всех группах дети распределялись по полу и возрасту (табл. 2).

Важным фактором при первичной диагностике являлось положение плода во время внутриутробного развития. При сборе анамнеза обследованных больных было установлено, что в 82% случаев имело место головное предлежание плода, а в 18%-ягодичное. Мы определили, что у 1/4 новорожденных (при ягодичном предлежании плода) в дальнейшем наблюдалась патология тазобедренных суставов, отсюда вытекала необходимость более ранней профилактики и лечения.

На основании данных таблица 2, можно сделать вывод, что основной группе детей груд-

ного возраста с первично диагностированным ВВБ (44,8%) лечение начиналось от 4 до 6 месяцев, что было связано с поздней диагностикой и осмотром. Наличие анамнестических и клинических данных позволяло начинать лечение ВВБ уже с первых дней жизни ребенка, однако отсутствие связи между врачом-неонатологом и орто-

педом не позволяло осуществлять раннюю диагностику заболевания и начинать своевременное его лечение. На основании времени диагностики с врожденным вывихом бедра, имевшего определяющую роль в разработке тактики лечения, все больные были разделены на три возрастные группы.

Таблица 1.

Распределение детей по возрасту при выявленном врожденном вывихе бедра

Количество детей	Возраст (месяцы)						Всего	
	1-3		4-6		7-12		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
	320408	60	133500	25	80100	15	538658	100

Таблица 2.

Распределение детей по возрасту и по полу

Возраст (месяцы)	Мальчики		Девочки	
	Абс.	%	Абс.	%
От 1 до 3	5386	60	26 988	60
От 4 до 6	2244	25	11 222	25
От 7 до 12	1346	15	6733	15
Всего	89 776	100	448 882	100

I группа – от 1 до 3 месяцев. Выявление ВВБ в этой возрастной группе и начало функционального лечения позволяет в 98,6% случаев получать излечение до года. В этом возрасте использование функциональной шины в дополнении с расслабляющим массажем на отведение бедер позволяет уже достигать вправления головки бедренной кости во впадину на 1-3 дней от начала лечения.

II группа – от 4 до 6 месяцев. Считается, что это уже поздно диагностированный ВВБ. В 4,5% случаев детей этой возрастной группы резко напряжены аддукторы бедер, что не позволяет только использованием массажа и функциональных шин добиться вправления вывиха. По показаниям этой группе больных предварительно вы-

полнялась тенотиомия напряженных аддукторов бедер с последующей функциональным вправлением. Дети этой возрастной группы подлежат лечению до вправления вывиха в условиях стационара.

III группа – от 7 до 12 месяцев. В этой возрастной группе детей диагноз поставлен с большим опозданием. Многие из них уже сидят и начинают вставать на ноги. Обязательна их госпитализация для обследования с целью решения вопроса о возможности консервативного лечения ВВБ. Лишь только отсутствие внутрисуставных препятствий на сонограмме является показанием к выполнению тенотиомии напряженных аддукторов и последующим функциональным вправлением вывиха бедер.

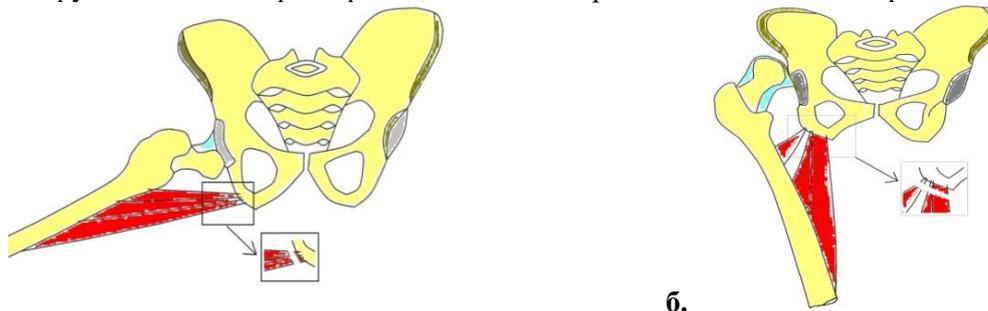


Рис. 1. а) до резекции аддукторов; б) после резекции аддукторов

При высоких врожденных вывихах бедра и при позднем обращении к ортопеду наблюдаются врожденные аддукционные контрактуры на тазобедренных суставах. В таких случаях консервативное лечение на функциональных шинах и лейкопластырным экстензионным методом не удается вправить вывих бедра. Если насильно вправлять, то из-за ретракции мышц наблюдается аваскулярный некроз головки бедра. Такое осложнение

придется долго лечить. Чтобы предупредить аваскулярный некроз головки бедер, мы рекомендуем тенотиомию аддукторов бедра. Под общим обезболиванием с места прикрепления аддукторов с электрокоагулятором, через 1,5 см кожного разреза резецируется и устраняется приводящая контрактура на тазобедренном суставе. На кожный разрез накладывается 2 шва и асептическая повязка. За нижние конечности накладывается

лейкопластырное вытяжение в вертикальном положении. Через 3-4 сутки подвешивается груз по 1,5 кг на обе стороны. Постепенно вывих функционально вправляется. С темномиотомией аддукторов бедра предупреждаются: - Аvascularный некроз головки бедра (резекция *mm. adductormagnus, brevis, longus*); - Меньше повреждаются элементы тазобедренного сустава; - Сокращается пребывание больных на койке.

Наши наблюдения показывают, что основная группа детей грудного возраста с первично диагностированным ВВБ (44,8%) начинает лечение в возрасте от 4 до 6 месяцев, что связано с поздней диагностикой и осмотром в районных поликлиниках и отсутствием первичного осмотра ортопедом в роддомах.

Из анализа анамнезов заболевания детей установлено, что у детей до 3 месяцев с ВВБ в 85% случаев уже с первого дня использования для закрытого вправления шиной ЦИТО, с 4 месяцев шиной Виленского или гипсовой шиной распоркой Давида в 70%, детей от 7 до 12 месяцев в гипсовой повязке по методу Шептуну-Тер-Егиазарова в 20%, от 13 до 16 месяцев лечили в условиях стационаре на лейкопластырном вытяжении функционально.

Рентгенологическая картина характеризовалась в 99,8% случаев с вывихом головки бедренной кости, вместе с этим в 96,6% наблюдений отмечалась скошенность свода вертлужной впадины более 30 и в 77,5% задержка оссификации головки бедренной кости. Анализ рентгенографического исследования 538,358 больных (1 077 316 суставов) с ВВБ в возрасте от 3-х до 12-ти месяцев первого года жизни проводился по схеме Хильгенрейнера. В ходе оценки рентгенограмм и УЗИ на всех этапах лечения ВВБ было установлено, что появление ядра окостенения головки бедренной кости и развития свода вертлужной впадины напрямую зависело от срока начала функционального лечения. Проведение ультразвуковой доплерографии сосудов тазобедренных суставов у детей с ВВБ позволило выявить особенности кровоснабжения головки бедренной кости до начала лечения и на этапах консервативного лечения, заключавшемся в максимальном щадящем насильственном выведении нижней конечности в правильное положение. Анализ результатов ультразвукового исследования тазобедренных суставов у детей с ВВБ на этапах консервативного лечения позволит нам производить раннюю диагностику, разработать ультразвукографические параметры качественных и количественных показателей состояния компонентов тазобедренного сустава, характеризующих степень тяжести и распространенности патологического процесса, получить представление о реакции сустава на коррегирующие манипуляции, своевременно преду-

предить возникновение осложнений, способствуя тем самым выбору адекватного лечения.

По достижении у ребенка отведения бедер и расслабления аддукторов осуществлялось медленное, дозированное отведение бедер на функциональной шине с последующим клинорентгенологическим и ультрасонографическим отведением бедер на функциональной шине с последующим клинорентгенологическим и ультрасонографическим контролем на всех этапах вправления ВВБ. На всех этапах функционального лечения также проводилось физиотерапевтическое лечение. Приведены результаты лечения детей трех возрастных групп через один, три года и пять лет от начала лечения. Отдаленные результаты лечения в возрастной группе от 1 до 3 месяцев (320.408 ребенок). В этой возрастной группе при диагностированном вывихе и правильном алгоритме лечения уже через год 309.834 детей (91,7%) отмечалось рентгеноанатомическое восстановление диспластического сустава. В 82,6% случаев при динамическом наблюдении через 3 года и через 5 лет от начала лечения происходило полное анатомо-рентгенологическое восстановление сустава, не требующее оперативной коррекции. Оценку отдаленных результатов лечения через 3 года и через 5 лет от начала лечения производили по следующим показателям: - форма вертлужной впадины; - ацетабулярный угол; - структура эпифиза; - шеечно-диафизарный угол.

Через год от начала лечения у 85,4% больных при правильной и своевременной методике закрытого вправления происходило рентгеноанатомическое восстановление сустава, у 14,6% больных было необходима оперативная коррекция. Через 3 года от начала лечения устранение вывиха было достигнуто у 91,5% больных, а 8,5% детей нуждались в оперативной коррекции.

Отдаленные результаты лечения ВВБ в возрастной группе от 7 месяцев до года (80100 ребенка). Лишь у 69687 больных (87%) были получены положительные результаты лечения. В 13% случаев в этой группе выполнялись тенотиомия ретрогированных аддукторов. Следует отметить, что в этой возрастной группе при первично диагностированном врожденном вывихе бедра, добиваясь любым способом закрытого его вправления, можно лишь усугубить дальнейшее развитие сустава, что потребует более сложного хирургического лечения. В этой возрастной группе очень важным был вопрос о необходимости проведения предрепозиционной подготовки перед закрытым вправлением ВВБ, что позволило исключить осложнения в дальнейшем.

Таким образом, анализ отдаленных результатов после закрытого вправления ВВБ через год и 5 лет в трех возрастных группах показал, что в 89% случаев наблюдались хорошие клинор-

рентгенологические показатели у детей в группе от 1 до 3 месяцев. Рентгенологические критерии уже через год соответствовали возрастной норме, и в дальнейшем не требовалось оперативной коррекции тазобедренного сустава.

Выводы. В результате сравнительного анализа основных методик в лечении ВВБ у детей от 7 до 12 месячного возраста выявлено, что наибольший процент (от 20% до 30,4%) осложнений (пострепозиционный аваскулярный некроз головки бедра, сгибательно-отводящие контрактуры) происходит при лечении по методу Лоренца (это может быть из-за неопытности молодых врачей и невнимательности молодых родителей). Другие методы консервативного лечения (в шинах ЦИТО, в функционально гипсовых распорках и на шине Виленского) дают после закрытого вправления значительно меньший процент (от 8,2% до 13,5%) осложнений. Разработаны ультразвукографические параметры, характеризующие качественное и количественное состояние костных, мягко-тканых компонентов тазобедренного сустава во всех возрастных группах. Они позволили уже на ранних этапах после постановки диагноза ВВБ определять состояние тазобедренного сустава, выбирать наиболее эффективные способы для дальнейшего лечения и значительно сократить количество рентген лучевой нагрузки на ребенка на этапах лечения. Использованная методика консервативного лечения на функциональных шинах позволило эффективно предупреждать появление осложнений и свела их до 3-5% после закрытого вправления ВВБ. Отдаленные результаты обследования детей с врожденным вывихом бедра через 1 год и 5 лет от начала лечения в трех возрастных групп показали, что наименьший процент после закрыто вправления в группе от 1 до 3 месяцев (1-2%) и от 4-х до 6-ти месяцев (3-5%), что наглядно подтверждает эффективность разработанной методики функционального лечения, позволяющей в 96-98% добиться рентгеноанатомического восстановления тазобедренного сустава. Использование функциональных шин возможно уже с 5-7 дня жизни новорожденного при клинических проявлениях ВВБ. Рентген – контроль за динамикой восстановления элементов тазобедренного сустава в период всего этапа лечения. На этапах лечения рекомендуется использовать УЗДГ для контроля над эффективностью вправления, исключения осложнений, оценки степени костной плотности. Использование алгоритма лечения ВВБ для каждой возрастной группы больных позволит избежать ошибок и осложнений при функциональной методике лечения.

Литература:

1. Ахтамов А.А. Результаты консервативного лечения детей с врожденным вывихом бедра “Трав-

матология и ортопедия в современном спектре”. Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2011 г. 377 стр.

2. Ахтамов А.А., Мурадов У.К. “Травматология и ортопедия в современном спектре” Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2010 г. 5-6 сентября 378 стр.

3. Волошин С.Ю., Камоско М.М. Место раннего функционального лечения в профилактике инвалидности при лечении врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста // Матер. II Рос.нац. конгр. “Человек и его здоровье”. – СПб, 2011 г.

4. Поздникин Ю.И., Волошин С.Ю., Камоско М.М. Причины неудач при консервативном лечении врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста и тактика последующего лечения // Тез.докл. 13 науч.-практ.конф. SICOT. – СПб, 2012 г. – С. 120-121.

5. Ибрагимов С.Ю., Тияяков Б.Т., Эранов Н.Ф. К хирургическому лечению врожденного вывиха бедра у детей старшего возраста. Актуальные проблемы биологии и медицины юго-западного Узбекистана. Сб. научных трудов. Вып.П. академии наук республики Узбекистан Самаркандского отд. 2012 г. 48 стр.

6. Ибрагимов С.Ю., Аvezов О.М., Аширов М.У. Лечение врожденного вывиха бедра в амбулаторных условиях при помощи функциональной гипсовой повязки. Новые технологии в травматологии и ортопедии. Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Республики Узбекистан, г. Хива, 5- ноября, 2010 г. 160 стр.

КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Н.Ф. ЭРАНОВ, С.Ю. ИБРАГИМОВ,
Ш.Н. ЭРАНОВ, М.Д. НАРЗИКУЛОВ,
Б.Н. ЭРАНОВ

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 538658 больных (1077316 суставов) за период с 2006 по 2016 год. Дети с первого месяца жизни до 1 года наблюдались в поликлиническом отделении детской ортопедии. Больные были разделены на 3 возрастные группы с учетом сроков постановки диагноза и взятия их на учет. Таким образом, анализ отдаленных результатов после закрытого вправления врожденного вывиха бедра через год и 5 лет в трех возрастных группах показал, что в 89% случаев наблюдались хорошие клинико-рентгенологические показатели у детей в группе от 1 до 3 месяцев.

Ключевые слова: Врожденный вывих бедра, дети, лечение.