

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Джамалбекова Э.Дж., Байгараев Э.А.,
Рыскулбек у. М., Джумабеков С.А.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлена тактика лечения при врожденной дисплазии тазобедренного сустава с применением разработанного устройства. Предложенное устройство улучшает фиксацию нижних конечностей, при этом головки бедренных костей правильно центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условия для кровообращения тазобедренных суставах, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов.

Ключевые слова: врожденная дисплазия, тазобедренный сустав, консервативное лечения, устройства.

БАЛДАРДЫН ЖАМБАШ-САН МУУНУНУН ТУБАСА ДИСПЛАЗИЯСЫН ДАРЫЛООДО БИЗДИН ТАЖРЫЙБА

Джамалбекова Э.Дж., Байгараев Э.А.,
Рыскулбек у. М., Джумабеков С.А.

Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илим-изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Илимий иште жамбаш-сан муунунун тубаса дисплазиясында иштеп чыгарылган түзүлүштү колдонуу менен дарылоо тактикасы көрсөтүлгөн. Сунушталган түзүлүш буттардын бекем кармалышын (фиксация) жакшыртат, мындай учурда сан сөөгүнүн башы сан сөөк чөйчөгүнө туура жайланышат жана жамбаш-сан муундарынын кан айлануусуна жакшы шарттарды түзөт, ошондой эле жамбаш сан жана тизе муундарынын вертикалдашуу вектору туура багытталаат.

Негизги сөздөр: тубаса дисплазия, жамбаш сан мууну, консервативдик дарылоо, түзүлүш.

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL HIP DYSPLASIA

Dzhamalbekova E. Dz., Baygaraev E.A.,
Ryskulbek u. M., Dzhumabekov S.A.

Bishkek Scientific Center of Trauma and Orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article presents a strategy of treatment for congenital dysplasia of the hip using the developed device. The apparatus improves fixation of the lower limbs, with the femoral head correctly centered in the cavity of the acetabulum and create favorable conditions for circulation hips joints and well directed vector verticalization for hip and knee joints.

Keywords: congenital Dysplasia, hip joint, conservative treatment, device.

Актуальность.

Врождённая дисплазия тазобедренных суставов, являясь тяжёлым пороком развития, занимает одно из первых мест среди всех врождённых заболеваний опорно-двигательного аппарата, продолжая оставаться актуальной проблемой современной ортопедии. По данным литературы, врожденный вывих бедра и более легкие степени недоразвития тазобедренного сустава, обозначаемые термином дисплазия, встречаются у 0,15 - 5% новорожденных [3,5].

Нестабильность тазобедренного сустава диспластического генеза (подвывих и вывих

бедра) имеет тенденцию к прогрессированию и является одной из главных причин развития деформирующего коксартроза у подростков и взрослых с последующей инвалидизацией, что обуславливает актуальность лечения таких больных сразу после выявления заболевания. В настоящее время при выявлении дисплазии или врожденного вывиха бедра у грудного ребёнка общепринятым является метод раннего обследования и функционального лечения, подразумевающий отказ от одномоментного вправления бедра и жесткой иммобилизации в нефизиологическом положении и постепенную

коррекцию нарушений взаимоотношений в суставе в условиях сохранения определенной амплитуды движений. Задачей лечения и основным критерием его качества является достижение стабильного концентрического (полного) вправления головки бедра во впадину, исключая атрогические повреждения компонентов сустава [1, 2, 7].

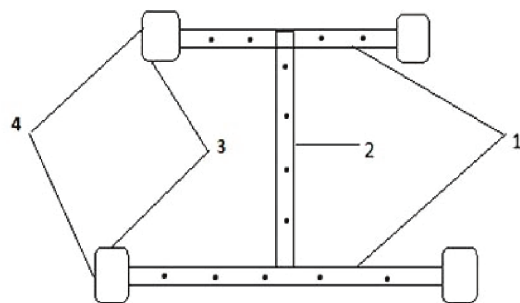
В ряде случаев (5 — 20%) даже раннее функциональное лечение не приводит к вправлению головки бедренной кости во впадину и стабильному ее удержанию. До настоящего времени применяются устаревшие и несостоятельные методики лечения врожденного вывиха бедра, неудачи при вправлении или остаточная нестабильность сустава после которых составляет до 65%, а различные осложнения - до 90% [4,6]. В настоящее время пока нет возможности эффективно влиять на сами причины развития дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра на генном уровне. Повышение эффективности лечения

таких больных может быть достигнуто при раннем выявлении патологии, щадящем функциональном консервативном лечении и снижении возрастных границ для хирургических вмешательств, что позволит рано создать оптимальные условия функционирования сустава и предотвратить развитие вторичных деформаций его компонентов.

Материал и методы.

Под наблюдением находилось 26 детей с врожденными дисплазиями тазобедренного сустава. В период с 2013г. по 2014г. в отделении детской ортопедии БНИЦТиО. Всем больным проводилась консервативное лечение разработанным устройством (подано заявка на патент №269).

Разработанное устройство состоит из параллельной раздвижной металлической планкой и неподвижной кожаной манжеткой с шнурками, а также соединяющий раздвижной планкой (рис. №1,2). Производится фиксация нижней трети бедра и нижней трети голени в положении отведения и внутренней (около на 5-7



- 1). Параллельные раздвижные металлические планки.
- 2). Соединяющая раздвижная планка.
- 3,4). Неподвижные кожаные манжетки с шнурками.

Рисунок №1



Рисунок №2

градуса) ротации нижней конечности. При этом головки бедренной кости центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условия для кровообращения тазобедренного сустава, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов. Периодически выполняется дозированное отведение устройству под выполнением контрольную рентгенограмму и ультрасонографию тазобедренного сустава до полного выздоровления. Одновременно ребёнок получает массаж, ФТЛ, ЛФК.

1) Параллельные раздвижные металлические планки.

2) Соединяющая раздвижная планка.

3,4) Неподвижные кожаные манжетки с шнурками.

Клинический пример:

Ребенок Б. возраст 2 месяца, амбулаторная карточка №1109103. Обратились в отделении детской ортопедии БНИЦТО с жалобами на ограничение движения в тазобедренных суставах, а так же асимметрию ягодичных складок.

При осмотре отмечается асимметрия бедренных и ягодичных складок, ограничение разведения правого тазобедренного сустава, а так же ограничения внутренней ротации и избыточной наружной ротации. Произведено ультрасонография тазобедренных суставов: при обследовании отмечается задержка оссификации головки бедра в право, а так же скошена крыша вертлужной впадины, слева соответствует возрастной норме.

Выставлен диагноз: Дисплазия правого тазобедренного сустава II степени.

Получал консервативное лечение предлагаемым устройством. Лечение проводилось ношением предлагаемым устройством, устройства фиксируется нижней трети бедра и голени в положении отведения нижних конечностей, периодически выполнялось дозированное отведение шины до полного выздоровления. Одновременно получал массаж, ФТЛ, ЛФК.

Осмотрен через 2 месяца после лечения: жалоб не предъявляет, движения тазобедренных суставов в полном объеме.

Рентгенограмма и ультрасонография тазобедренных суставов без патологических изменений. Результат лечения хороший.

Результаты и их обсуждение.

Все пациенты находились под наблюдением на протяжении 1-го года после лечения с подробным обследованием в стандартные сроки через 3,6 и 12 месяцев после лечения.

Хороший результат – 19 (73%) больных – функции тазобедренных суставов в полном объеме.

Удовлетворительный результат – 7 (27%) больных - функции тазобедренных суставов незначительно ограничены, им назначен массаж, ФТЛ, ЛФК.

Неудовлетворительный результат – не отмечался.

Выводы. Таким образом, предлагаемое устройство для лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей улучшает фиксацию нижних конечностей, при этом головки бедренных костей центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условия для кровообращения в тазобедренных суставах, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов.

Литература:

1. Кулиев А.М. Стандарты диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей / А.М.Кулиев // Матер, симпозиум. детских травматологов-ортопедов России. СПб., 2004. - С. 267 - 268.

2. Корнилов НВ. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава / Н.В.Корнилов, А.В.Войтович, В.М.Машков и др. СПб.: Изд-во ЛИТО Синтез, 1997. - 292 с.

3. Тихилов Р.М. Деформирующий артроз тазобедренного сустава / Р.М.Тихилов, В.М.Шаповалов. СПб., 1999. - 232 с.

4. Bar-On E. Early innominate osteotomy as a treatment for avascular necrosis complicating developmental hip dysplasia- / E.Bar-On, M.H:Huo, P.A.DeLuca // J. Pediatr. Orthop. 1997. - Vol. 6-B. - P. 138 - 145.

5. Murray K.A. Radiographic imaging for treatment and follow-up of developmental dysplasia of the hip / K.A.Murray, J.R.Crim // Semin Ultrasound CT MR.-2001.-Vol. 22, N4.-P. 306-40.

6. Tonnis D. Surgical treatment of congenital dislocation of the hip / D.Tonnis // Clin. Orthop. 1990. - N258. - P. 33 - 40

7. Weinstein S. Developmental hip dysplasia and dislocation: Part I / S.Weinstein, S.Mubarak, D.Wenger // Instr. Course Lect. 2004. - N53. -P. 523 - 530.