

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ
ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ**

Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев

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

Резюме: В работе представлена ранняя диагностика и сравнительное лечение различными способами при дисплазии тазобедренных суставов. В диагностике применены клинический осмотр, УЗИ и рентгенография. Лечение: дети с ДТБС разделены на 3 группы: в первой группе применены подушка Фрейка, второй группе шина Виленского, в третьей группе нами разработанное устройство Джумабекова. Изучены ближайшие и отдаленные результаты у всех групп.

Ключевые слова: Дисплазия тазобедренного сустава, ранняя диагностика, подушка Фрейка, шина Виленского, устройство Джумабекова.

**БАЛДАРДЫН ЖАМБАШ САН МУУН ДИСПЛАЗИЯСЫНЫН
КОМПЛЕКСТИК ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА САЛЫШТЫРМА ДАРЫЛООСУ**

Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев

Бишкек травматологиялык жана ортопедия илим-изилдөө борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Илимий иште жамбаш сан муунун дисплазиясында алдын алуу диагностика жолдор менен салыштырмалуу дарылоосуна байланыштуу, берилген клиникалык текшерүүнү колдонулат, УЗИ жана рентген жамбаш сан муунун дисплазиясынын дарылоосунда, иштеп чыгарылган топ 3-кө бөлүнөт: 1-топко Фрейк жаздыгы, 2-топко Вилен шинасы, 3-топко иштеп чыгарылган Джумабеков түзүлүшү кирет. Ар бир топтун дароо жана узак мөөнөтүнүн натыйжалары изилденген.

Негизги сөздөр: Жамбаш сан муунун дисплазиясы, алдын алуу диагностикасы, Фрейк жаздыгы, Вилен шинасы, Джумабеков түзүлүшү.

**COMPLEX DIAGNOSTICS AND COMPARATIVE TREATMENT
OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN**

E.Dzh. Dzhambalbekova, E.A. Baygaraev

Bishkek Scientific Center of Trauma and Ortopedics.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: In the work presents early diagnosis and comparative treatment in various ways for dysplasia of the hip. Clinical examination, ultrasound and radiography are used in diagnosis. Treatment dysplasia of the hip joint is divided into 3 groups: in the first group, the pillow of Freik, the second group of the Vilenskiy tire, the third group developed by us Jumabekova. Short-term and all groups are studied.

Keywords: Hip dysplasia, early diagnosis, Freiks pillow, Vilenskys bus, Jumabekovs device.

Актуальность. Дисплазия тазобедренных суставов является одним из самых частых и трудно диагностируемых в первое время заболеваний у детей, нередко приводящих к инвалидизации. В структуре врожденных ортопедических заболеваний врожденный вывих бедра занимает одно из первых мест. По данным разных авторов, дисплазия встречается в 0,7-25 случаях на 1000 новорожденных [1, 2]. При неадекватном или позднем начале лечения данной патологии у 10-60% больных в последствие развивается диспластический коксартроз тазобедренного сустава. Учитывая, что дисплазия тазобедренных суставов относится к скрытым порокам развития, чаще всего неонатологи, педиатры или детские хирурги данную

патологию у детей в условиях амбулатории не выявляют, что приводит к упущению оптимальных сроков начала лечения. Возникают трудности и при лечении детей с дисплазией тазобедренных суставов в ранние сроки, т. к. эти дети не проходят первичный осмотр ортопеда.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что наиболее полное восстановление анатомических структур и функции тазобедренных суставов у детей происходит при ранней диагностике и лечении, начатом в грудном возрасте [3, 4, 5]. Анатомо-функциональные, трофические нарушения компонентов тазобедренного сустава без адекватного лечения с ростом ребенка прогрессируют и приводят в дальнейшем к тяжелым

структурным изменениям в суставе [5]. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции опоры и движения, при этом возникают изменения положения таза, искривление позвоночника, развитие остеохондроза и коксартроза с последующей инвалидизацией в молодом возрасте [1-3]. В нашей работе представлен полный отказ от одномоментного закрытого вправления и этапных гипсовых повязок, использование новой разработанной функциональной шины Джумабекова с предпозиционной подготовкой позволили почти в 98% случаев избежать такого осложнения, как ишемический пострпозиционный некроз головки бедренной кости.

Материалы и методы исследования

За период с 2015-2017 годы в отделении детской ортопедии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии наблюдались 150 детей в возрастной группе от 1-го месяца до 12 месяцев.

В зависимости от использованного ортопедического пособия при лечении ДТБС все больные разделены на три группы. Первая группа состояла из 50 детей (65 суставов), лечившихся в подушке Фрейка (Рис. 1), вторая группа – 50 детей (58 суставов): лечение проводилась в шине Виленского (Рис. 2), третью группу составили 50 детей (85 суставов), у которых лечение проводилось с разработанным устройством Джумабекова (Рис. 3).

Разработанное нами устройство Джумабекова (получен патент КР №189 от 30.06.2015 г.) представляет собой аппарат из параллельных раздвижных металлических планок и неподвижных кожаных манжеток со шнурками, а также соединяющей раздвижной планки (рис. 4). Производится фиксация нижней трети бедра и нижней трети голени в положении отведения и внутренней (около на 5-7 градуса) ротации нижней конечности. При этом головка бедренной кости центрируется в полости вертлужной впадины, и создается благоприятное условие для кровообращения тазобедренного сустава, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренного и коленного сустава. С помощью раздвижных планок постепенно атравмично достигаем оптимального положение бедер, периодически выполняется дозированное отведение устройства под контролем рентгенограммы и ультразвукографии тазобедренного сустава до полного выздоровления, обеспечивая тем самым центрирование головки бедренной кости во впадину у детей с ДТБС.

Использовали основные методики обследования:

1. Клинический осмотр.
2. УЗИ тазобедренных суставов производится по методике Graf R.
3. Рентгенография с использованием схемы Хильгенрейнера – Эрлахера.



Рис. 1. Ребенок Ш.Р., 5-месяцев в подушке Фрейка.



Рис. 2. Ребенок К.С., 6-месяцев в шине Виленского.



Рис. 3. Ребенок А.Д., 8-месяцев в устройстве Джумабекова.

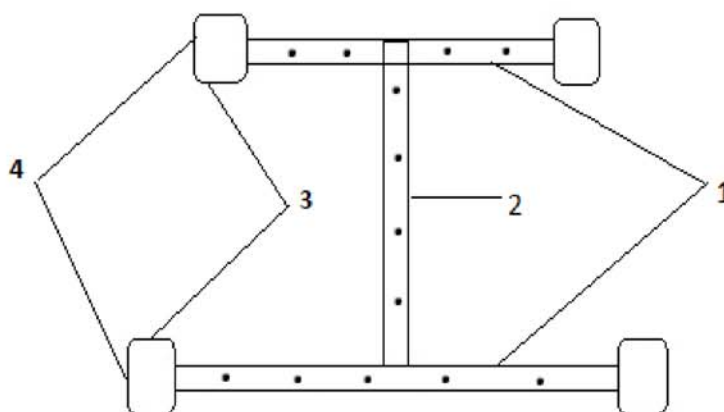


Рис. 4. Устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей.

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

С первого дня всем детям, независимо от использования ортопедического изделия, проводилась дополнительная терапия для улучшения кровообращения, стимуляции репаративных процессов в костно-хрящевом и мягкотканых компонентах суставов (электрофорез с сосудорасширяющими препаратами на пояснично-крестцовую область, электрофорез с CaCl на область тазобедренных суставов, парафиновые аппликации, корригирующий массаж спины и ягодиц, лечебная физкультура).

Результаты

При анализе клинико-рентгенологических данных при лечении ДТБС были получены следующие результаты: у пациентов, получивших лечение с подушками Фрейка – у 11 детей результат отличный (7,48%), хороший – у 14 (9,52%), удовлетворительный – у 20 (13,6%), неудовлетворительный – у 5 детей (3,4%).

Лечение пациентов второй группы осуществлялось в шине Виленского: отличный результат выявлен у 12 детей (7,92%), хороший у 19 (12,54%),

удовлетворительный – у 11 (7,26), неудовлетворительный – у 8 детей (5,28%).

При изучении у пациентов третьей группы отличный результат получен у 32 детей (21,12%) и хороший результат у 18 детей (11,88%). Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы:

1. Сравнительный анализ результатов инструментального исследования больных с ДТБС, лечившихся с разными ортопедическими устройствами выявил наибольшую степень патологического сдвига при использовании подушки Фрейка и шины Виленского.
2. Разработанное устройство Джумабекова позволяет получить наибольшее количество хороших результатов при лечении ДТБС у детей.

Таким образом, предлагаемое нами устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей улучшает фиксацию нижних конечностей, позволяет постепенно атравматично достичь оптимального положения бедер,

при этом головки бедренных костей центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условие для кровообращения тазобедренных суставов, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов.

Литература

1. Леванова, И.В. Ранняя диагностика дисплазий тазобедренного сустава и показания к различным методам лечения у детей в возрасте до 3х месяцев: Автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Леванова. – М., 1991. – 12 с.
2. Мальцева, Л.В. Возможности использования метода ультрасонографий в диагностике дисплазий и врожденного вывиха бедра у детей / Л.В. Мальцева, Т.Н. Менщикова, М.П. Тепленький // Бюл.ВСНЦ СО РАМН. – №6, Т. 2. – 2002.
3. Куценко, Я.Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный подвывих и вывих бедра / Я.Б. Куценко, Э. А. Рулла, В.В. Мельник. – Киев, 1992. – 180 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. Pun, S. Hip dysplasia in the young adult caused by residual childhood and adolescent-onset dysplasia / S. Pun // Curr Rev Musculoskelet Med. - 2016 Dec. – V. 9(4). – P. 427-434.