

© П.М. Низамходжаев, 2001

Причины осложнений при лечении детей первого года жизни с врожденным вывихом бедра

П.М. Низамходжаев

Causes of complications in treatment of infants at the age of the first 12 months with congenital hip dislocation

P.M. Nizamkhodzhayev

Академия МВД, Ташкент, Республика Узбекистан

Изучены результаты лечения в поликлинике и стационаре 497 детей (737 суставов) в возрасте от 20 дней до 12 месяцев с диспластическим процессом в тазобедренном суставе.

Установлено, что основными причинами осложнений после окончания лечения являются внутрисуставные изменения, а также наличие мягких тканей в полости вертлужной впадины, которые постоянно травмируют хрящевой покров головки, приводя к развитию дистрофического процесса.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, врожденный вывих, диспластический процесс, лечение, осложнения.

Results of in-patient and out-patient treatment of 497 children (737 joints) at the age from 20 days to 12 months with the hip dysplastic process have been studied.

It is established, that intraarticular changes and presence of soft tissues in the acetabular cavity, which continually damage cartilage coating of the head and lead to dystrophic process development, are the main causes of the complications after the end of treatment.

Keywords: the hip joint, congenital dislocation, dysplastic process, treatment, complications.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденный вывих бедра - один из наиболее часто встречающихся пороков развития опорно-двигательного аппарата. Лечение этой патологии ввиду сложности анатомического строения и функции тазобедренного сустава следует признать трудной и актуальной проблемой в современной детской ортопедии.

Несмотря на большие успехи в диагностике и лечении этого заболевания в последнее время всё чаще стали встречаться сообщения о неудачах и осложнениях после лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста. Поэтому выяснение причин, вызывающих осложнения, и борьба с ними имеют большое значение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы проанализировали результаты лечения в поликлинике и в стационаре 497 детей (737 суставов) в возрасте от 20 дней до 12 месяцев с диспластическим процессом разной степени в тазобедренном суставе. Выявлено 162 предвывиха сустава (22%), 178 подвывихов (24,2%), 157 вывихов (21,3%). Из них у 266 детей (53,5%) лечение начато в первом полугодии жизни, у 219 (44,1%) - во втором, из-за позднего обращения.

Лечение проводили щадящими методами в зависимости от возраста ребенка, степени дисплазии, условий ухода. Шина ЦИТО применена у 108 детей (21,7%), функциональная гипсовая повязка Тер-Егизарова-Шептуна - у 191 (38,4%), отводящая шина нашей конструкции -

у 198 (39,8%).

К числу осложнений после функционального лечения, помимо патологической перестройки, мы сочли необходимым отнести также остаточные подвывихи и рецидивы. Эти осложнения разделили на возникшие непосредственно в процессе вправления и ближайшие, проявившиеся при лечении вправленного вывиха сустава.

Для более правильной клинической и рентгенологической оценки дистрофического процесса после функционального лечения врожденного вывиха бедра материал проанализирован по возрастным группам в зависимости от тяжести диспластического процесса в головке бедренной кости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение 66 детей на 2-3 сутки первого месяца жизни - широкое пеленание - прошло без осложнений.

В возрасте от 2-х до 6 месяцев было 200 детей - 357 суставов: с вывихом бедра - 96, подвывихом - 75, предвывихом - 186. Несмотря на шадящие методы лечения, дистрофический процесс в головке бедренной кости развился у 3-х из 96 детей с вывихом. Изменение шеечно-диафизарного угла отмечено у одного ребенка. У двоих осложнение протекало по типу остеопороза, и через 1,5-2 года структура головки бедра нормализовалась.

В возрасте от 6 до 12 месяцев было 219 детей - 370 суставов: с предвывихом - 43, подвывихом - 72, вывихом бедра - 255. Дистрофические изменения головок бедренных костей развивались на 2-х суставах с подвывихом и 10 суставах с врожденным вывихом. Из них в 2-х случаях отмечена резкая деформация проксимального конца бедра. В 3-х наблюдениях, в связи с распространением дистрофического процесса в шейку бедренной кости, развился соха vara.

Помимо тяжести патологического процесса и возраста, определенное значение в развитии дистрофического процесса у детей с соха vara имело и то, что родители в домашних условиях не соблюдали строгого ортопедического режима и преждевременно дали нагрузки на конечности, что явилось причиной деформации при незаконченном лече-

нии.

Немаловажное значение в развитии дистрофического процесса головки бедра имеет латеральное положение проксимального конца бедра, обуславливающее децентрацию головки бедра в вертлужной впадине. Последнее, в свою очередь, обусловлено патологической антеверзией шейки и внутрисуставными препятствиями. Изменением положения головки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине путём ротации бедра можно добиться правильного центрирования головки бедренной кости, что подтверждается рентгенологически. Но, очевидно, этого оказалось недостаточно с анатомической точки зрения, и постоянное травмирование головки в условиях функционирующего, но неконгруэнтного сустава привело к развитию дистрофического процесса.

В 8 суставах антеверзия не превышала 50°, однако даже умеренная внутренняя ротация не приводила к правильному центрированию головки, она оставалась в положении латеропозиции в течение всего времени лечения.

Контрастная артрография показала, что во всех случаях основным препятствием для центрирования головки бедренной кости служили внутрисуставные изменения, а также мягкие ткани в полости вертлужной впадины, которые постоянно травмировали хрящевой покров головки, приводя к развитию дистрофического процесса.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, если у детей первого месяца жизни при лечении вывиха бедра осложнений не было, то у детей первого полугодия дистрофический процесс отмечен в 1,6% случаев, у детей второго полугодия - в 4,1%. Всем больным проводилось соответствующее лечение с исключением на длительный срок нагрузки на больную конечность. Исход лечения 4-х суставов признан удовлетворительным, в 9 случаях осталось небольшое уплощение головки бедра, которое фактически не отражалось на функции сустава.

Остаточный подвывих головки после функционального вправления вывиха бедра диагностирован у 4-х детей - 5 суставов (1%). К началу лечения эти дети были в возрасте 2, 5, 7 и 10 месяцев.

При рентгеноарthroграфическом анализе выявлены следующие причины подвывиха: большой ацетабулярный индекс (42-45%) и избыточное количество мягких тканей на дне впадины - в 2-х, несоответствие размеров головки и вертлужной впадины - в 1, патология верхнего конца бедра в виде чрезмерной торсии и увеличение шеечно-диафизарного угла - в 2-х суставах. В одном случае децентрирование головки

исчезло в связи с хорошим развитием крыши, у остальных больных для восстановления правильных соотношений в суставе потребовалось оперативное вмешательство.

Установлена прямая зависимость остаточного подвывиха от возраста ребенка: у детей, которым к началу лечения было не более месяца, он не развивался, а в возрасте от 2 до 12 месяцев наблюдался в 1% случаев.

Неправильность и рецидив вывиха могут быть объяснены патологоанатомическими изменениями в тазобедренном суставе. Они могут возникнуть в плотных частях суставного аппарата или в мягких тканях сустава и мышцах.

Неправильные вывихи и рецидивы вывихов отмечены в 12 суставах из 497 детей. В возрасте до 6 месяцев было 4 ребенка, от 6 до 12 месяцев - 8. Не удалось вправить вывих в 10 суставах (2%), рецидивы вывихов отмечены в 2-х суставах (0,4%). Релюксация у одного ребенка наступила через 2 месяца в связи с негигиеничным содержанием, вследствие чего гипсовая повязка сломалась, и была нарушена фиксация, у другого - через 4,5 месяца после вправления - за счет

чрезмерного угла антеверзии.

ВЫВОДЫ

1. К релюкации вывихов в основном приводят мягкотканые изменения в тазобедренном суставе и нарушения ортопедического режима.

2. Основные причины анатомического препятствия для консервативного лечения деформации головки и шейки бедра с патологической антеверзией более 50° – наличие мягких тканей на дне впадины и одновременно недоразвитие вертлужной впадины, патология лимбуса, несоответствие между головкой бедра и суставной

впадиной.

3. У детей первых месяцев жизни невправимые вывихи почти не встречаются.

4. Шина ЦИТО и гипсовая повязка Тер-Егизарова-Шептуна по сравнению с шиной нашей конструкции являются не гигиеничными, а постоянные замены их приводят к релюкации головки бедра, перерастяжению мягких тканей, в результате чего возникают дистрофические изменения проксимального конца бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шнейдеров З.И., Куценко Я.Б. Оценка исходов лечения врожденного вывиха бедра (обзор зарубежной литературы) // Ортопед., травматол. - 1967. - № 6. - С. 78-83.
2. Иванов В.И., Гиммал В.Я. К вопросу дегенеративно-дистрофических осложнений при дисплазиях тазобедренного сустава // Ортопед., травматол. - 1978. - № 12. - С. 11-16.

Рукопись поступила 20.04.01.

КАФЕДРА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ РНЦ "ВТО" ИМ. АКАД. Г.А. ИЛИЗАРОВА ИМЕЕТ ЧЕСТЬ ПРИГЛАСИТЬ НА КУРСЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЖИВОТНЫХ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОСНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ:

- 4 методики оперативно лечения травм костей голени, предплечья, таза и позвоночника у мелких домашних животных;
- 4 биомеханические аспекты чрескостного остеосинтеза и основные его принципы;
- 4 детали аппарата и их особенности использования в зависимости от локализации и характера патологии;
- 4 вопросы регенерации костной ткани.

Г Тематика курсов может быть предварительно определена с учетом пожеланий слушателей.

Г Планируемые даты курсов – в благоприятное для Вас время.

Г Продолжительность курсов: 1-3 недели.

ОБУЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ:

- Ф доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ **В.И. ШЕВЦОВ**;
 - Ф доктор медицинских наук, профессор **С.И. ШВЕД**;
 - Ф кандидат медицинских наук **С.А. ЕРОФЕЕВ**;
 - Ф кандидат медицинских наук **Н.В. ПЕТРОВСКАЯ**;
 - Ф кандидат ветеринарных наук **Н.М. МЕЛЬНИКОВ**;
 - Ф доктор медицинских наук **К.П. КИРСАНОВ**
- и сотрудники кафедры усовершенствования врачей.

Заявки на обучение присылайте по адресу: Россия, 640014, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 6, РНЦ "ВТО".

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

(35222) 3-17-32 – генеральный директор РНЦ "ВТО", д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН, Засл. деят. науки РФ **В.И. ШЕВЦОВ**

(35222) 3-17-54 – зам. генерального директора, д.м.н., проф. **С.И. ШВЕД**

(35222) 3-45-82 – руководитель экспериментального отдела, к.м.н. **С.А. ЕРОФЕЕВ**

Факс: (35222) 3-60-46, (35222) 7-33-67.

Интернет: www.ilizarov.ru

E-Mail: gip@rncvto.kurgan.ru