



Особенности лечения врождённого вывиха бедра у детей младшего возраста

Д.М. Сафаров

Кафедра травматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

Клинико-диагностический центр «Мадади Акбар»

В данной статье представлен литературный обзор особенности лечения врождённого вывиха бедра у детей младшего возраста. Критический анализ литературы показал нерешённость отдельных вопросов, касающихся классификации врождённой дисплазии тазобедренного сустава, использования малотравматичных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: врождённый вывих бедра, тазобедренный сустав, врождённая дисплазия тазобедренного сустава

Врождённая дисплазия тазобедренного сустава и вывих бедра (ВБ) – её крайняя степень – являются одними из частых диспластических изменений опорно-двигательного аппарата у детей. По данным разных авторов, врождённая дисплазия и ВБ составляют 0,05–4,45% от всех ортопедических заболеваний [1,2].

Однако, несмотря на успешное вправление вывиха функциональными методами на первом году жизни, в 8–57% случаев в процессе роста ребёнка обнаруживаются остаточные дефекты развития компонентов тазобедренного сустава (КТС) [3]. При вправлении вывиха с помощью различных методик закрытого вправления у детей более старшего возраста остаточная дисплазия выявляется в 14,9–95% случаев [4]. Простое открытое вправление, в последующем недоразвитие компонентов сочленения, обнаруживается в 70–71,7% случаев. Самостоятельного исправления оставшихся дефектов развития в процессе роста не происходит [5].

По мнению ряда авторов, неудачи бескровного и оперативного вправления связаны с нарушением способности вертлужной впадины (ВВ) к пострепозиционной трансформации [6]. Большинство авторов придерживаются точки зрения, что вправление вывиха стимулирует развитие ВВ, особенно в первые годы после репозиции [7]. Мы не встретили в литературе сведений о возможности дополнительной стимуляции доразвития ВВ после закрытого вправления вывиха малотравматичными хирургическими методами.

Развитие ВВ, по мнению большого числа исследователей, наиболее активно происходит на первом году жизни ребёнка и заканчивается или значительно снижается в 3–4 года [8]. Ряд исследователей считают, что формирование тазобедренного сустава (ТС)

активно продолжается и в возрасте 5–8 лет, в основном, за счёт верхнего края впадины, а повреждение Y-образного хряща (при различных травматичных операциях) приводит к нарушению формирования впадины. G. Morel также отмечал, что преждевременное закрытие Y-образного хряща приводит к значительной дисплазии и деформации впадины [9].

По данным ряда авторов от 40% до 80% коксартрозов являются следствием нелеченной дисплазии ТС [7]. Поэтому понятно стремление авторов с помощью различных консервативных мероприятий стимулировать развитие сустава. Сведения об использовании малотравматичных оперативных методик у детей первых лет жизни со стабильной дисплазией, за исключением наших единичных сообщений [11], отсутствуют.

С развитием новых диагностических методов, а именно ультразвуковой доплерографии, была доказана роль нарушения кровообращения в области ТС в развитии врождённой дисплазии. M. Bonfiglio и E. Voke в 1968г. заявили о положительном влиянии туннелизации при асептическом некрозе головки бедра [12]. Суть туннелизации состояла в следующем: улучшение кровоснабжения, объёма периферического сосудистого русла и количества сосудистых взаимосвязей путём создания каналов через поперечник кости и введением в них штифтов с последующим их выведением.

Ф.П. Зусманович в 1996г. сообщал о стимуляции коллатерального кровообращения в конечности путём остеотрепанации при ишемических заболеваниях конечностей, объясняя положительное влияние остеоперфорации тем, что длительное субпороговое раздражение кости ведёт к стойкому увеличению притока крови, которое продолжается значительное



время после прекращения действия раздражителя», и возникающие при этом кровоизлияния в мягкие ткани стимулируют рост новых сосудов. В экспериментально-клинических исследованиях доказали, что дозированная операционная травма в виде остеоперфорации конечностей вызывает развитие репаративной реакции в зоне повреждения, так и во всей оперированной конечности за счёт расширения всех звеньев циркуляторного русла, раскрытия резервных сосудов и формирования новых кровеносных сосудов и сопровождается компенсаторно-приспособительными изменениями систем организма, регулирующих восстановительные процессы. Максимальное повышение кровенаполнения конечности отмечалось в течении двух недель, а повторение остеоперфораций пролонгирует течение восстановительных процессов; сохранение эффекта более 3-х месяцев [13].

В последние годы в печати появляются сообщения о положительном влиянии туннелизации мягких тканей и внутренних органов при различных ишемических изменениях. Успешно применяют при лечении детей и подростков с остеохондропатией ТС субхондральную туннелизацию шейки и головки бедра, но при начальных стадиях коксартроза стимулируя репаративный хондро- и остеогенез, улучшает кровообращение.

В работах В.Д. Макушина с соавт., посвящённых лечению врождённого подвывиха и ВБ, варусной деформации шейки бедра у детей, сообщается об активном влиянии малотравматичных вмешательств в надвертлужной области (туннелизации, остеоперфорации) на развитие ВБ при умеренном недоразвитии у детей 2,5-4 лет [7,8]. Однако динамика развития ВБ изучалась недостаточно. При спользовании туннелизации КТС у детей с 6 месяцев жизни с врождённой дисплазией и ВБ - не уточняются показания и динамика развития ВБ и проксимального отдела бедра после лечения.

Наиболее частым и грозным осложнением лечения является асептический некроз головки бедра после вправления вывиха, по мнению абсолютного большинства авторов. По данным А.А. Абакарова, у 72% больных, перенёсших асептический некроз, в 51,5% случаев развиваются тяжёлые изменения проксимального отдела бедра, в последующем развивается коксартроз [10]. По данным И.И. Мирзоевой, исходом асептического некроза является многоплоскостные деформации проксимального отдела бедра [11]. При функциональном вправлении ВБ на первом году жизни ребенка частота данного осложнения варьирует по данным разных авторов, от 7% до 18,2% [14]. Причём, по данным А. Kalamchi, асептический некроз в более тяжёлой форме возникает у детей, лечившихся от рождения до 6 месяцев [15]. При закрытом вправлении ВБ различными методами у детей 1-3 лет асептический некроз головки бедра наблюдается в

13,7-57,3% случаев [16]. При открытом вправлении вывиха асептический некроз наблюдается от 3,4% до 55,6% [17].

Лечение асептического некроза представляет одну из сложных проблем современной ортопедии. По мнению А.А. Абакарова, при длительном консервативном лечении асептического некроза количество неблагоприятных исходов достигает 40-80%. Представленные в литературе методы лечения, в основном, консервативные – дифференцированное назначение физиопроцедур в зависимости от стадии процесса, витаминотерапия, биостимуляторы, либо применимы только у детей двух лет и старше – биостимуляция головки и шейки бедра с миофасциотомией, и разгрузкой сустава, гипербарическая оксигенация, реконструктивные операции и лечение остаточных деформаций [10]. Сведения о хирургических методах лечения асептического некроза головки бедра у детей первых лет жизни в литературе отсутствуют.

По данным литературы, до 48,7% случаев вывиха диагностируется после начала ходьбы ребёнка [18], от 2% до 26% вывихов остаются неизлеченными к достижению ребёнком возраста 2-3 лет и более, когда единственным методом восстановления патологических соотношений в тазобедренном суставе является оперативное вмешательство. Результаты лечения данного контингента больных значительно хуже, чем если бы лечение проводилось в первый год жизни ребенка [19]. Патологические изменения формируются не только в компонентах сочленения, но и в окружающих сустав мышцах. Многократные попытки вправления вывиха в сочетании с длительной иммобилизацией в нефизиологическом положении, которые приводят к ятрогенному повреждению структур сустава, вызывают васкулярные нарушения, что в дальнейшем инициирует развитие раннего коксартроза [18,19].

Существует несколько мнений относительно показаний для оперативного лечения в данной возрастной группе. Ряд авторов считают возможным закрытое вправление до трёх лет и старше. Большинство авторов полагают прямым показанием к открытому вправлению вывиха безуспешность консервативного лечения [20]. Но есть сообщения, что при анализе отдалённых результатов открытого вправления, как более травматичного вмешательства, выявлено, что деформирующий артроз ТС возникает раньше и прогрессирует быстрее [21]. Ряд специалистов определяют показания к хирургическому лечению на основании данных артрографии [22]. Многие авторы полагают, что независимо от возраста ребёнка тератогенный вывих и ВБ при артрогриппозе, при подвывихе ВБ, надсаце-табулярном вывихе у детей старше 2 лет необходимо вправлять только оперативно [23].

В настоящее время нет единого мнения относительно коррекции КТС. Ряд специалистов допускают



двухэтапную тактику лечения у детей до 2 лет, минимальную артротомию и последующую коррекцию компонентов сустава – в возрасте старше 4 лет [20]. Другие авторы говорят о стимулирующем влиянии на развитие ВВ выполнение только реконструкции КТС [1]. Некоторые авторы полагают, что коррекция только газового компонента в раннем возрасте (1-3 года) способствует правильному формированию сустава и позволяет воздержаться от остеотомии бедра [9]. Реконструкция одного компонента сустава стимулирует развитие другого у детей до 2,5 года [21]. Однако есть мнение, что только одновременная коррекция всех компонентов патологии, по мнению большого числа авторов, приводит к нормальному формированию ТС [24]. О возрасте, оптимальном для одновременной коррекции всех компонентов, нет единства так для детей старше двух лет, 3-5 лет или 5-6 лет [17]. По данным М. П. Тепленького [25], последовательная коррекция КТС предполагает первоначальное устранение дефицита ВВ после вправления вывиха, уменьшает их техническую сложность и травматичность, сохраняя общую продолжительность лечения.

Неоднозначны мнения относительно коррекции КТС. Устранение избыточной антеверзии проксимального отдела бедра предлагают производить в подвертельной области, а вальгусно-торсионной деформации – в межвертельной области [26]. При межвертельной остеотомии высок риск асептического некроза и повреждения зоны роста большого вертела. P. Dungle [27] и приводит к травматизации мышц, нервно-сосудистого аппарата, повреждению зоны роста большого вертела, приводя к рубцовым изменениям. Горюнова О.Ф. предлагает для коррекции торсионного компонента деформации производить остеотомию на границе нижней и средней трети бедра [28]. Проблема коррекции углов проксимального отдела бедра также остаётся спорной. Большинство авторов полагают необходимым устранять торсионную деформацию до нормы (8-12°), а другие специалисты указывают на коррекцию до 0° [20]; G. Morel рекомендует оставлять избыточную антеверзию, т.к. она уменьшается в процессе роста ребёнка [9]. По данным разных авторов, ревальгизация проксимального отдела бедра составляет от 2-3° до 15-20° в год после операции. В связи с этим, полагают производить гиперкоррекцию шейно-диафизарного угла у дошкольников до 100-105° [29], но есть возражения против гиперкоррекции угловых величин проксимального отдела бедра [7,17]. Имеются свидетельства, что при гиперкоррекции нарушается взаимоотношение суставных поверхностей, что приводит к неправильной нагрузке на эпифиз головки бедра и развитию дегенеративно-дистрофических изменений. В работах В.И. Шевцова с соавт. (2007) установлено, что коррекцию деформации проксимального отдела бедра необходимо производить до нижней границы нормы [1]. По нашему мнению, вопрос о динамике угловых величин и других параметров

проксимального отдела бедра после различных остеотомий бедра требует изучения.

Критический анализ литературы, посвящённой проблеме врождённой дисплазии ТС и ВВ, показал нерешённость отдельных вопросов, касающихся классификации врождённой дисплазии ТС, использования малотравматичных оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностическая ценность компьютерной томографии ТС у детей при врождённом ВВ / В.И. Шевцов [и др.] // Гений ортопедии. – 2007. – №1. – С.5-12.
2. Допплерография при дисплазии ТС / П.С.Джалилов [и др.] // Новые технологии в травматологии и ортопедии : материалы 6 съезда травматол.-ортопед. Узбекистана. – Ташкент. – 2003. – С. 199-200.
3. Камоско М.М. Достижения и перспективы реконструктивно-восстановительной хирургии диспластического ТС / М.М.Камоско // Материалы симпозиума. дет. травматол.-ортопед. России. – СПб. – 2003. – С. 255-257.
4. Корольков А.И. Опыт лечения врождённого ВВ у детей с применением аппарата внешней фиксации / А.И.Корольков, С.А.Хмызов // Ортопед., травматол. – 2003. – №1. – С. 68-71.
5. Лечение врождённого ВВ (новые технологии остеосинтеза аппаратом Илизарова) / В.И.Шевцов [и др.]. Курган: – Зауралье. – 2006. – 1000 с.
6. Лечение детей с врождённым вывихом бедра по технологиям Российского научного центра «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова / В.И.Шевцов [и др.] // Современные технологии в медицине: тез. докл. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию Ханты-Мансийского автономного округа. - 2005. - С.96-97.
7. Макушин В.Д. Новые технологии в лечении врождённой дисплазии ТС у детей младшего возраста методом чрескостного остеосинтеза / В.Д.Макушин, М.П.Тепленький, Н.Г.Логонова // Современные технологии в медицине: материалы науч.- практ. конф. Нягань. – 2004. – С. 51-52.
8. Макушин В.Д. Субхондральная туннелизация: вопросы технологии и эффективности лечения при гонартрозе (обзор литературы и собственные данные) / В.Д.Макушин, О.К.Чегуров // Гений ортопедии. – 2006. – №4. – С. 99-104.
9. Morel G. The treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip in the older children / G.Morel // Acta Orthop. Scand. – 1975. – Vol. 46, №3. – P. 364-399.
10. Абакаров А.А. Асептический некроз головки бедренной кости у детей с врожденным вывихом



- бедра / А.А.Абакаров, Ф.В.Мельгунов, А.Б.Богосьян // Ортопед. травматол. - 1986. - № 3. - С. 10-14.
11. Мирзоева И.И. Дистрофические изменения тазобедренного сустава при лечении врожденного вывиха бедра у детей / И.И.Мирзоева // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. СПб. - 2000. - С. 326-328.
 12. Bonfiglio M. Aseptic necrosis of the femoral head and non-union of the femoral neck. Exact of treatment by drilling and bone-grafting (Phemister technique) / M.Bonfiglio, E.Voke // J. Bone Jt. Surg. - 1968. - Vol. 50, №1. - P.48-66.
 13. Зусманович Ф. Н. Реваскуляризирующая остеотрепанация (POT) в лечении больных облитерирующими заболеваниями конечностей / Ф.Н.Зусманович // Кургел. Изд-во Курганского гос. пед. инст-та. - 1996. - 92 с.
 14. Мусихина И.В. Врожденный ВБ – лечение в различных периодах жизни ребёнка / И.В.Мусихина // Нижегородский мед. журнал: травматол., ортопед. камбустиол. - 2006. - С. 372-374.
 15. Kalamchi A. Avascular necrosis following treatment of congenital dislocation of the hip / A.Kalamchi, G.D. MacEwen // J. Bone Jt. Surg. - 1980. - Vol. 62-A, № 6. - P. 876-888.
 16. Огарёв Е.В. Развитие ТС у детей и подростков в клинко-анатомическом аспекте: автореф. дис... канд. мед. наук / Е.В.Огарёв. ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова. - М. - 2003. - 20с.
 17. Малахов О.А. Сравнительный анализ отдалённых результатов лечения дисплазии тазобедренных суставов / О.А.Малахов, Е.Е.Цыганкова // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. дет. травматол.-ортопед. России. - СПб. - 2005. - С. 229-230.
 18. Морозов А.К. Компьютерная томография ТС у детей и подростков (анатомо-рентгенологические параллели) / А.К.Морозов, Е.В.Огарёв, О.А.Малахов // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии : материалы науч.-практ. конф. дет. травматол.- ортопед. России. - СПб. - 2005. - С. 376-378.
 17. Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии, ошибки и осложнения / В.А.Моргун [и др.] // материалы симпози. дет. травматол.- ортопед. России. - СПб. - 2003. - С. 281-282.
 18. Поздникин И.Ю. Некоторые особенности формирования ТС после оперативного лечения врожденного ВБ у детей младшего возраста / И.Ю.Поздникин // Человек и его здоровье: материалы Рос. нац. конгресса. - СПб. - 2004. - С. 147.
 19. Поздникин И.Ю. Остеотомии таза в комплексе раннего хирургического лечения детей с дисплазией тазобедренных суставов и врожденным вывихом бедра / И.Ю.Поздникин // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. дет. травматол.- ортопед. России. - СПб. - 2004. - С. 275-277.
 20. Набиев Е.Г. Оперативная коррекция остаточных подвывихов после консервативного лечения врожденного ВБ / Е.Г.Набиев, А.М.Кулиев // Актуальные проблемы ортопедии и травматологии: сб. науч. тр. Баку. - 2001. - Вып. 32. - С. 182-190.
 21. Набиев Е.Г. Осложнения оперативного лечения врожденного ВБ у детей / Е.Г.Набиев, А.М.Кулиев // Материалы симпози. дет. травматол.-ортопед. России. - СПб. - 2003. - С. 284-285.
 22. Камоско М.М. Пути улучшения исходов лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей / М.М.Камоско, И.Ю.Поздникин // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. дет. травматол.- ортопед. России. - СПб. - 2005. - С. 239-247.
 23. Пулатов А.Р. Ацетабулопластика при врожденном ВБ у детей с применением чрескостного distractionного остеосинтеза / А.Р.Пулатов, Е.А.Озерова // Материалы симпози. дет. травматол.-ортопед. России. - СПб. - 2003. - С.290-292.
 24. Разумов А.А. Оперативное лечение врожденного ВБ у детей / А.А.Разумов // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии на современном этапе: материалы междунар. науч.-практ. конф. Асиана. - 2003. - С. 107-109.
 25. Тепленький М.П. Реконструктивно-восстановительные операции у детей с врожденным вывихом бедра / М.П.Тепленький // Материалы 1 съезда травматол.-ортопед. Уральского Федерального округа. - Екатеринбург. - 2005. - С. 314-315.
 26. Рухман И.С. К вопросу раннего хирургического лечения врожденного ВБ у детей от 1 до 3 лет / И.С.Рухман, В.И.Тарасов, В.Е.Цуканов // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии : сб. тез. М. - 2001. - С. 128-129.
 27. Dungal P. Femoral osteotomy for the treatment of CDH in young patients / P.Dungal // The Second Congress Europ. Feder. Nation. Ass. Orthop. Traumatol. Munich, - 1995. - P. 120.
 28. Горюнов О.Ф. Способ лечения остаточного подвывиха бедра методом деторсионной остеотомии / О.Ф.Горюнов, Г.М.Чочиев // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. дет. ортопед.-травматол. России. - СПб. - 1993. - С. 121-122.
 29. Малахов О.А. Оценка результата оперативного лечения врожденного ВБ у детей старше 3-х лет / О.А.Малахов, И.В.Грибова // Человек и его здоровье: материалы Рос. нац. конгресса. СПб. - 2003. - С. 182.



Summary

Peculiarities of treatment of congenital hip dislocation in infants

D.M. Safarov

Chair of traumatology, orthopedics and field surgery Avicenna TSMU;

Clinical and Diagnostic Center «Madadi Akbar»

This article presents a review devoted to features of treatment congenital hip dislocation in young children. A critical analysis of the literature showed uncertainty some issues relating to the classification of congenital hip dysplasia, the use of minimally invasive surgical procedures.

Key words: surgery, treatment, hip joint, congenital hip dysplasia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сафаров Джафар Музафарович –
доцент кафедры травматологии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Айни, 14
E-mail: safarov.d62@mail.ru