

М.С. Хохрина, А.О. Вайсвассер, А. И. Подгорный, Н.С. Марасанов

ДИСПЛАЗИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ, СИТУАЦИЯ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Проблема врожденных пороков развития продолжает оставаться в ряду наиболее актуальных и имеет серьезную социально - медицинскую значимость. Врожденные пороки опорно-двигательной системы занимают одно из лидирующих мест среди всех врожденных аномалий. Частота встречаемости дисплазии тазобедренных суставов в России по разным данным составляет от 2 до 6 случаев на 1000 новорожденных.

Актуальность определяется трудностью своевременной диагностики данной патологии у детей. Несвоевременно начатое лечение, а тем более его отсутствие, приводит к тяжелым изменениям в тазобедренном суставе и в конечном итоге к инвалидности ребенка. Проведение функционального консервативного лечения с первых дней жизни детей по данным литературы в 90 - 95% случаев заканчивается полным анатомо-функциональным восстановлением сустава.

Целью нашей работы является изучение проблемы трудности лечения дисплазии тазобедренных суставов в Тверской области. Для достижения поставленной цели, были обозначены следующие задачи: изучить патогенез и особенности развития тазобедренных суставов при дисплазии, рассмотреть способы диагностики, определить возраст выявления заболевания, обозначить факторы риска, проанализировать методы и эффективность лечения данного заболевания у детей Тверского региона.

Развитие тазобедренного сустава при дисплазии

В случае дисплазии тазобедренного сустава нарушается развитие всех его элементов. Вертлужная впадина уплощается, приостанавливается процесс окостенения головки, увеличиваются или, наоборот, уменьшаются ее размеры, что, в конечном итоге, приводит к несоответствию суставных поверхностей сочленения. Деформируется бедренная кость, что в первую очередь проявляется в укорочении шейки бедренной кости и нарушении ее направления. Множественные патологические процессы происходят в связочном аппарате: деформируется лимбус, растягивается капсула, развивается гипертрофия или аплазия связки головки. Окружающие мышечные ткани также претерпевают дистрофические изменения. При отсутствии своевременного адекватного лечения наблюдаются грубые нарушения в строении сустава, влияющие на развитие окружающих структур - таза, позвоночника, противоположного сустава, внутренних органов.

Патогенез

У новорожденных врожденный вывих бедра представляет предвыших, т. е. такое состояние сустава, когда капсула растянута, и головка бедра легко и свободно вправляются и вывихивается из впадины. У части детей происходит самопроизвольное излечение – капсула сустава сокращается,

головка бедренной кости центрируется во впадине. В других случаях может сформироваться подвывих бедра – головка остается впадине, она децентрирована, смещена, но не выходит за пределы лимбуса. Если же головка бедра теряет контакт с впадиной и возникает интерпозиция лимбусом, формируется вывих бедра, при котором под действием тяги мышц головка бедра смещается кверху, а с момента начала ходьбы - под передненижнюю ость. Пределом её смещения служит задняя поверхность крыла подвздошной кости.

Клинические методы диагностики

Клиническими признаками дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных являются: симптом соскальзывания (щелчка), симптом ограничения отведения в тазобедренном суставе, асимметрия продольных осей бедер, западание мягких тканей на стороне вывиха в области скarpовского треугольника, асимметрию кожных складок паховой, бедренно-ягодичной областей и укорочение конечности.

Диагностика патологии у детей в возрасте после 1 года с началом ходьбы имеет некоторые особенности. Характерным симптомом вывиха бедра является нарушение походки - «ныряющая» хромота, а при двустороннем поражении — раскаивающаяся, или «утиная» походка. При одностороннем вывихе отмечают относительное укорочение конечности. Также выявляется симптом Тренделенбурга. У больного ребёнка прослеживается ограничение отведения бедра, большой вертел пальпируется выше линии Розера — Нелатона. У детей с двусторонним вывихом бедра отмечают усиление поясничного лордоза.

Инструментальные методы диагностики

В ранней диагностике используются ультрасонографический и рентгенологический методы исследования. Рентгенологическому исследованию традиционно принадлежит ведущая роль в постановке диагноза врожденного вывиха бедра. Для расшифровки рентгенограмм применяют специальные схемы: Хильгенрейнера, Кальве и Шентона, Рейнберга, Омбредана, триада Путти (рентгенологические признаки врожденного вывиха бедра).

Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов. Основным показанием к применению этого метода является факторы риска и клинические признаки дисплазии суставов у детей до 3-х месяцев. Это достойная альтернатива рентгеновскому исследованию у детей до 6-ти месячного возраста. Ультразвуковой метод достаточно точен и практически безопасен для ребенка.

Лечение

Лечение дисплазии тазобедренных суставов может быть консервативным и хирургическим. Консервативное лечение направлено на приданье конечностям малыша правильного положения и сохранения активных движений. Во время лечения используются следующие методы: широкое пеленание - до 3 месяцев, стремена Павлика или подушка Фрейка - до 6 месяцев. После трех месяцев применяются отводящие гипсовые повязки

для постепенного вправления вывиха бедра, а также создания условий для правильного развития сустава. Физиотерапевтические процедуры (теплые ванны и парафиновые аппликации), массаж и гимнастика дополняют вышеуказанное лечение.

Оперативное вмешательство показано при неэффективности консервативной терапии и при грубом нарушении строения сустава. Операции могут быть разной степени сложности: может понадобиться всего лишь разрез мышц, а может возникнуть необходимость в пластике сустава.

Дисплазия тазобедренных суставов в Тверской области

В ходе проделанной работы было проанализировано 3127 историй болезни травматолога - ортопедического отделения ГБУЗ «ДОКБ» г. Твери за 2013, 2014, 2016 гг. Обращений с дисплазией тазобедренных суставов было обнаружено 115, что составило 3,7% от общего количества госпитализаций. В связи с повторными случаями госпитализации, больных с данным диагнозом оказалось 47. В среднем, количество повторных обращений составило около 3 (от 1 до 6 госпитализаций).

На данный момент отмечается поздняя диагностика дисплазии тазобедренного сустава. Из числа госпитализированных заболевание было выявлено в возрасте: до 1 месяца у 3 человек (6,38%); от 1 до 3 месяцев у 22 (46,82%); от 4 до 6 месяцев у 12 (25,53%); от 7 до 12 месяцев у 7 (14,89%); более 12 месяцев у 3 (6,38%).

Исходя из того, что в среднем большинство детей за 2013, 2014 и 2016 года были госпитализированы более 2 раз (до 6) с интервалом 2-3 месяца следует, что лечение дисплазии тазобедренных суставов длительное. Данное явление можно связать с поздней диагностикой изучаемого заболевания.

По данным литературы факторами риска в развитии дисплазии тазобедренных суставов являются: женский пол, первые роды, осложненный акушерско-гинекологический анамнез, наличие дисплазии тазобедренных суставов у родителей, крупный плод. Изучив архивный материал, мы можем утверждать, что лишь женский пол является безусловным фактором риска развития данной патологии, так как 42 из 47 детей (89,4%) являлись девочками. Первые роды отмечались лишь в 15 случаях (31,9%), осложненный акушерско-гинекологический анамнез (ВИЧ-инфекция матери) - в двух случаях (4,3%), наличие дисплазии тазобедренных суставов у родителей – в одном случае (2,1%), крупный плод – также в одном случае (2,1%).

Возраст матерей больных детей не повлиял на возникновение изучаемой патологии. Наибольший пик наблюдается в промежутке с 20 до 35 лет, что может быть связано с наибольшей репродуктивной активностью женщин в этих возрастах.

Для лечения больных использовались разные методы: 5 детям были проведены операции (10,6%); консервативное лечение использовалось в 38 случаях (80,9%); 4 детям было рекомендовано оперативное лечение (8,5%), но не было проведено в связи с другими соматическими патологиями (о. бронхит, о. ринофарингит, функциональные расстройства пищеварения).

Среди консервативных методов чаще всего использовалось наложение гипсовых повязок (32 ребенка); также использовались отводящие шины (7 больных); вытяжение (4 случая). Всем больным назначалось проведение курса ЛФК, массажа и физиопроцедур на область тазобедренного сустава.

Результаты лечения детей были различные. В основном наблюдалась положительная динамика: централизация головок бедренных костей в вертлужных впадинах тазобедренных суставов – в 35 случаях (74,5%), улучшение отведения и ротации бедер - у 5 больных (10,6%). Отрицательная динамика наблюдалась у 3 детей (6,4%) - у двоих из них вывих рецидивировал, у третьего произошла дегенерация и гипоплазия головки бедренной кости. У 4 больных (8,5%) на данный момент лечение продолжается.

Вывод

Таким образом, несвоевременное выявление дисплазии тазобедренных суставов у детей может привести к необратимым анатомо-функциональным изменениям в тазобедренном суставе, а также, в конечном итоге, к инвалидности ребенка. Все это говорит о необходимости совершенствования организационных подходов к диагностике данного заболевания.

Список использованной литературы

1. Травматология и ортопедия / учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Н. В. Корнилова; – СПб.: Гиппократ, 2001. – 488 с.
2. Травматология и ортопедия / учебник для студ. высш. учеб. заведений / Г. М. Ковалевский, Л. Л. Силин, А.В. Гаркави и др.; Под ред. Г. М. Ковалевского; – М., Издательский центр «Академия», 2005. – 624 с.
3. Хирургические болезни детского возраста. / учеб.: в 2 т. / Под ред. Ю. Ф. Исакова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – Т.2. – 584 с: ил.
4. Ахтямов И.Ф. Заболевания тазобедренного сустава у детей. Диагностика и хирургическое лечение / И.Ф. Ахтямов, А.А. Абакаров, А.В. Белецкий.- Казань, 2008. - 455 с.
- 5.Хирургические болезни у детей. / учебное пособие / В. В. Подкаменев – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 432с