



# Оптимизированная тактика хирургического лечения врождённого вывиха бедра у детей

М.М. Ниёзов, А.А. Раззаков, Д.М. Сафаров

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье описывается технология проведения внесуставных и внутрисуставных операций при врождённом вывихе бедра у 310 детей в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. В зависимости от возраста больных и тяжести их заболевания им были произведены различные внутри- и внесуставные операции. В отдалённых сроках в 42,7% получены хорошие результаты, в 42,3% - удовлетворительные и в 15,0% - неудовлетворительные. На основании анализа результатов в сроки от 2 до 8 лет предложена оптимизированная тактика лечения рассматриваемой патологии.

**Ключевые слова:** врождённый вывих бедра, внесуставные и внутрисуставные операции

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Врождённый вывих бедра (ВВБ) относится к наиболее распространённой и тяжёлой патологии опорно-двигательной системы у детей, а его лечение представляет сложную задачу в современной ортопедии. Сегодня на практике утвердились принципы ранней диагностики и лечения заболевания с первых дней жизни ребёнка функциональными методами. Несмотря на значительные успехи в диагностике, ещё нередки случаи позднего распознавания заболевания, когда основным методом лечения является хирургический [1,3]. Оптимальным периодом оперативного лечения считают возраст от 3 до 6 лет, так как по мере его увеличения у больного происходят грубые отклонения в развитии костного и мягкотканного компонентов тазобедренных суставов, сопровождающиеся нарушением биомеханических соотношений в суставе, развитием ранних дистрофических изменений в головке бедренной кости [1,4].

Результаты оперативного лечения ВВБ не удовлетворяют ортопедов, так по данным ряда авторов, осложнение после операции составляет от 10 до 60% [2,4]. Причиной различного рода осложнений при оперативном лечении является шаблонное использование одного из освоенных методов оперативного лечения вывиха, который и применяется для лечения всех пациентов, невзирая на возраст больного, характер и степень патологии. Известно, что при позднем или неадекватном лечении данной патологии у 37-80% больных впоследствии разви-

вается деформирующий коксартроз, что приводит к инвалидности [1,3]. Вышеназванное свидетельствует об актуальности поиска путей улучшения результатов лечения рассматриваемой патологии у детей.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** - улучшение эффективности хирургического лечения врождённого вывиха бедра у детей.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Работа основана на анализе результатов оперативного лечения у 310 детей с врождённым вывихом бедра в возрасте от 8 месяцев до 15 лет в период с 2004-2009гг. Двухсторонний вывих отмечен у 139 (44,8%) больных, односторонний - у 171 (55,2%), в том числе правосторонний - у 47 (15,2%), левосторонний - у 124 (40,0%) пациентов. Девочек было 251 (81,0%), мальчиков - 59 (19,0%). По возрасту в момент операции больные распределялись следующим образом: до 3 лет - 79 (25,5%) детей, 4-7 лет - 126 (40,6%), 8-11 лет - 66 (21,3%) и 12-15 лет - 39 (12,6%).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Все больные были подвергнуты хирургическому лечению. При выборе тактики оперативного лечения исходили из возраста, характера и тяжести вывиха в обоих суставах. Почти в половине случаев (44,8%) имело место двухстороннее поражение, что требовало проведения многократного этапного лечения (табл.1).



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ И СТОРОНАМ ПОРАЖЕНИЯ

Возраст в годах	Сторона поражения			Итого	
	Левая	Правая	Двухсторонняя	абс.	%
до 3	27	15	37	79	25,5
4-7	49	19	58	126	40,6
8-11	29	7	30	66	21,3
12-15	19	6	14	39	12,6
Итого	абс.	124	47	139	310
	%	40,0	15,2	44,8	100,0%

При планировании оперативного вмешательства в обязательном порядке изучали функцию сустава в определённых положениях, которую использовали при определении величины коррекции. Больным, в зависимости от возраста и характера изменений элементов тазобедренного сустава, были произведены различные по характеру внесуставные и внутрисуставные оперативные вмешательства (табл.2).

Внутрисуставные операции типа «артротомия и вправление» произведены у 4 (1,3%) детям раннего возраста до 3 лет. Оперативное вмешательство у них включало устранение патологически изменённых мягкотканых препятствий к вправлению и свободное вправление головки бедра в вертлужную впадину.

49 (15,8%) пациентам в возрасте до 3 лет, у которых имелись выраженное напряжение мышц аддукторов и невысокие вывихи, производили миотомию аддукторов бедра с закрытым вправлением головки бедренной кости с последующей фиксацией гипсовой повязкой в положении Лоренц I.

Открытое вправление головки бедренной кости с корригирующей остеотомией бедра (КОБ) произведено 59 (19,1%) детям. 67 (21,6%) пациентам выполнили открытое вправление вывиха головки бедренной кости с КОБ, пластику лимбуса и капсулорафию. Пластика лимбуса заключалась в радиальном рассечении его в двух местах и отслойке от полунного хряща, прошивании кетгутовыми нитями в

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВИДУ ОПЕРАЦИИ И СТОРОНАМ ПОРАЖЕНИЯ

Наименования операции		Поражённые суставы		Всего больных	
		Одностороннее	Двусторонние	Абс.	%
Внесуставные операции	Миотомия аддукторов с закрытым вправлением вывиха	23	26	49	15,8
	Межвертельные корригирующие остеотомии бедренной кости (КОБ)	41	25	66	21,3
	Операция Солтера с межвертельной КОБ	6	-	6	1,9
	Операция Шанца	8	7	15	4,8
	Образования навеса по Коржу	1	1	2	0,7
	Удлинение конечности	6	-	6	1,9
Внутрисуставн	Открытое вправление с капсулорафией	3	1	4	1,3
	Открытое вправление с межвертельной КОБ	33	26	59	19,1
	Открытое вправление с межвертельной КОБ, капсулорафией и пластикой лимбуса	38	29	67	21,6
	Открытое вправление с межвертельной КОБ и субкапсулярной аутокостной ацетабулопластикой	12	9	21	6,8
Комбинированные операции		-	15	15	4,8
Итого		абс.	171	139	310
		%	55,2	44,8	100,0%

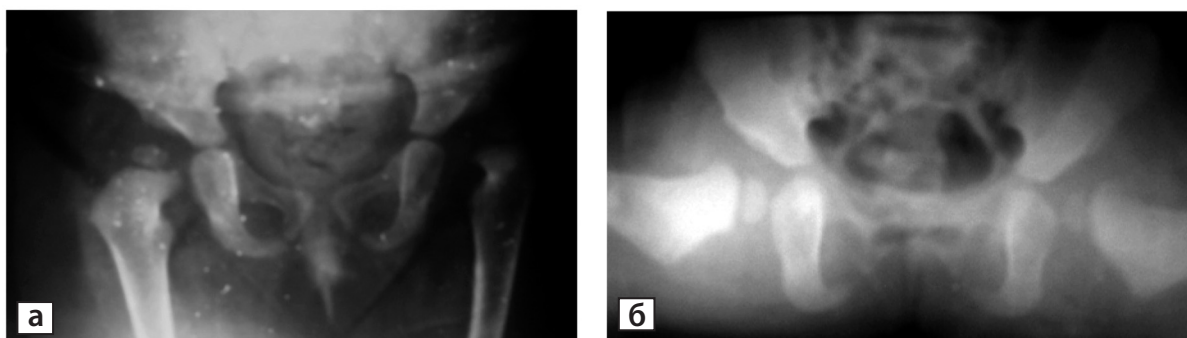


РИС.1. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОЙ М., 2,5 ЛЕТ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЁДЕР: А - ДО ОПЕРАЦИИ, Б - ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ И КАПСУЛОРАФИИ

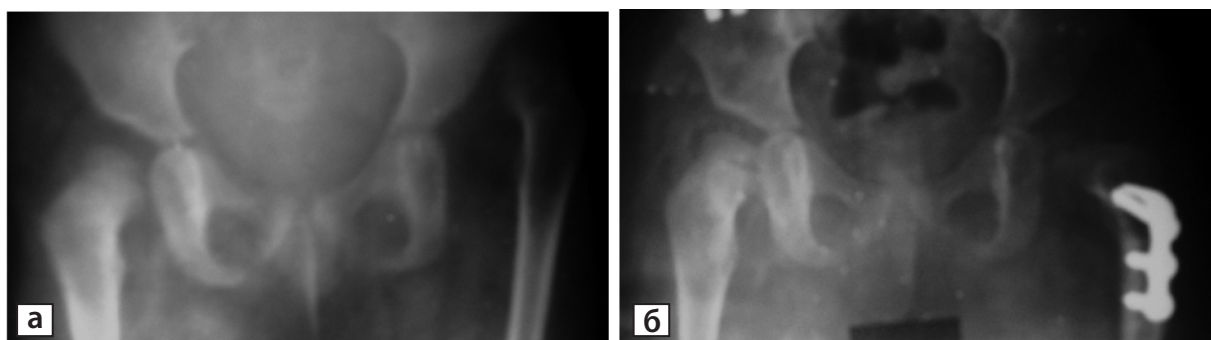


РИС.2. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОЙ С., 3,5 ЛЕТ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ ПРАВОГО БЕДРА: А - ДО ОПЕРАЦИИ, Б - ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ С КОРРИГИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИЕЙ, КАПСУЛОРАФИЕЙ И ПЛАСТИКОЙ ЛИМБУСА

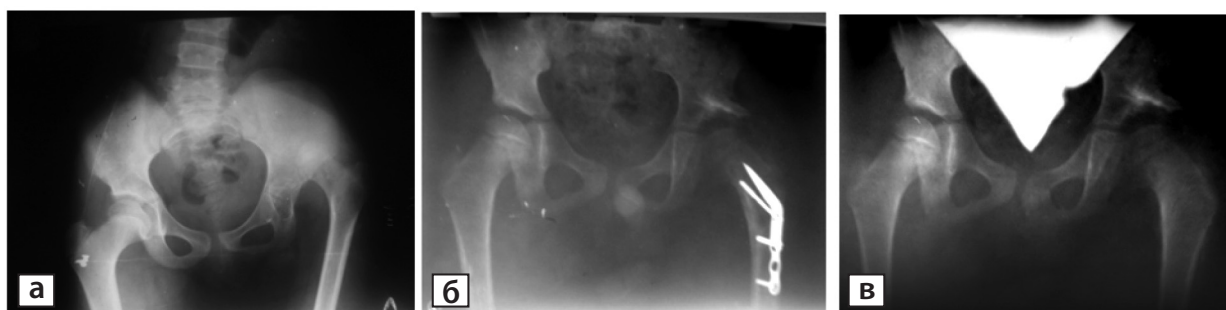


РИС.3. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОГО Н., 9 ЛЕТ, С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ ЛЕВОГО БЕДРА: А - ДО ОПЕРАЦИИ, Б - ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ С КОРРИГИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИЕЙ И АЦЕТАБУЛОПЛАСТИКОЙ, В - ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

области передне-верхнего и задне-верхнего края вертлужной впадины.

При недоразвитости бедренного и тазового компонента сустава 21 (6,8%) больному произведена подкапсулярная ацетабулопластика свободным костным аутотрансплантатом в сочетании с КОБ. Для этого производилось окончательное расслоение лимбуса и приподнимая его в кортикальной части просверливали 2 косых канала, в которые вводился продольно разделённый трансплантат. Полулунная часть должна быть направлена в сторону сустава, поверх которой ушивался отслоенный лимбус. В качестве клина-

распорки использовался фрагмент бедренной кости, резецированный при корригирующей остеотомии.

В 6 (1,9%) случаях была выполнена остеотомия таза по Солтеру в сочетании с КОБ и в 2 (0,7%) случаях – образования навеса по Коржу.

При дисплазии бедренного компонента, для которой характерно патологическое увеличение шейчно-диафизарного угла и угла антеверсии шейки, операцией выбора была внесуставная деторсионно-варизирующая остеотомия бедра. Данное вмешательство выполнено 66 (21,3%) детям.



Из-за высокого смещения проксимального конца бедренной кости у подростков операции открытого вправления не дают ожидаемого эффекта, поэтому им выполнялись паллиативные операции. В этом возрасте 15 (4,8%) больным выполнена операция Шанца (углообразная остеотомия верхней трети бедра с фиксацией пластиной АО под углом 30° с упором на седалищный бугор). 6 (1,9%) детям с укорочением конечности от 5 до 7 см проведена коррекция разницы длины с помощью аппарата Илизарова.

Отдалённые результаты лечения оценивались по балльной системе ЦИТО (табл.3).

Изучение результатов хирургического лечения проанализированы у 246 детей в сроки от 2 до 8 лет, с учётом характера выполненного оперативного пособия. Установлено, что миотомия аддукторов позволила устранить приводящую контрактуру сустава и предупредить развитие асептического некроза головки бедра. При этом наиболее эффективным вариантом операции у детей младшего возраста оказалось открытое вправление и КОБ в сочетании с лимбопластикой и капсулорафией. Данный метод после вправления головки бедра позволил фиксировать лимбус в правильном, расправленном положении, а также способствовал правильному развитию крыши вертлужной впадины. У детей дошкольного возраста положительные результаты отмечены после открытого вправления головки бедра с КОБ и подкапсулярной ацетобулопластикой, так как этот метод позволяет одновременно производить коррекцию деформации тазового и бедренного компонентов. Менее эффективными оказались реконструктивные операции по Солтеру и образования навеса по Коржу, так как они не обеспечивают полную коррекцию при выраженном недоразвитии вертлужного компонента. Операция Шанца позволила улучшить опороспособность конечности, но в целом её влияние на качество жизни пациента оказалось незначительным.

### ВЫВОДЫ:

1. У детей с невысоким ВВБ, у которых имеется приводящая контрактура в тазобедренном суставе, миотомия аддукторов с закрытым вправлением является эффективным и атравматичным методом лечения.
2. Открытое вправление ВВБ должно производиться сразу после безуспешности консервативного лечения.
3. При недоразвитости обоих компонентов сустава необходимо произвести реконструкцию тазового и бедренного компонента вывиха бедра.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Грибова И.В. Хирургическое лечение врождённого вывиха и остаточного подвывиха бедра у детей после 3-х лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В.Грибова. – М., 2002. – 15 с.
2. Современный подход к консервативному и хирургическому лечению детей с врождённым подвывихом и вывихом бедра / А.П. Крысь-Пугач [и др.] // Травма. -2007. - Т.8. -№ 2. -С.123-129
3. Стемплевский О.П. Эффективность хирургического лечения врождённого маргинального вывиха бедра у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.П. Стемплевский. – Иркутск, 2000. – 18 с.
4. Дейнеко А.Н. Хирургическое лечение детей школьного возраста с дисплазией тазобедренного сустава: дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Дейнеко – С-Пб.- 2006. – 33 с.

**ТАБЛИЦА 3. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВВБ**

Виды операции	Результаты лечения					
	Хорошие		Удовлетворительные		Неудовлетворительные	
	абс.	%	абс	%	абс	%
Внесуставные	49	43,3	45	39,8	19	16,8
Внутрисуставные	51	42,5	53	44,2	16	13,3
Комбинированные	5	38,5	6	46,1	2	15,4
Итого	105	42,7	104	42,3	37	15,0



# Summary

## Optimizing tactic of surgical treatment of congenital dislocation hip in children

**M.M. Niyozov, A.A. Razzakov, D.M. Safarov**

The technology of extra-articular and intra-articular operations on congenital hip dislocation in 310 children from 8 till 15 years old are given in this article. Depending on the age of patient and severity of pathology different intra and extra-articular operations are applied. Analysis of results in the term of 2 to 8 years optimized tactic of treatment of this pathology offered.

**Key words:** congenital dislocation hip, extra-articular and intra-articular operations

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**М.М. Ниёзов** – аспирант кафедры  
травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе,  
ул. Ломоносова, дом 371/4 кв.53  
E –mail: m.nieozov@mail.ru