

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

Каххаров Азизбек Сирожитдинович –
ассистент кафедры
Травматологии и ортопедии
Самаркандского государственного медицинского
университета. Самарканд, Узбекистан.
<https://orcid.org/0000-0003-3815-952X>

Пак Виктор Валерьевич –врач ординатр
Самаркандского Филиала Республиканского
Центра Травматологии Ортопедии.
Самарканд, Узбекистан.

Резюме. Актуальность. В настоящее время, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в области раннего выявления и консервативного лечения врожденных вывихов бедра, большое количество пациентов с этой патологией остаются без своевременного лечения. При врожденном вывихе бедра, 10-15% пациентов, леченных консервативным методом, требуют оперативного лечения.

Исследование. Заключается в изучении причин осложнений, наблюдаемых при длительном курсе лечения пациентов, получавших лечение методом хирургического вмешательства на врожденный вывих бедра, и поиске мер их профилактики. В таких случаях, в зависимости от возраста пациентов и степени тяжести врожденного вывиха бедра, хирургические операции проводятся до восстановления и вправления проксимальной части бедренной кости и вертлужной впадины. В статье приведены результаты более чем 30-летнего лечения врожденных пороков развития у 111 детей хирургическим методом. Хорошие результаты наблюдались у 22 (28,9%) пациентов, удовлетворительные - у 31 (40,8%), плохие - у 23 (30,3%) пациентов. Были изучены причины осложнений после лечения и меры по их предотвращению у пациентов с результатами, которые были признаны плохими.

Ключевые слова: Врожденный вывих, восстановление, коксартроз, ограничение движений, анкилоз.

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION

Kakhkharov Azizbek Sirozhitdinovich
assistant of the Department of
Traumatology and Orthopedics,
Samarkand State Medical University.
Samarkand, Uzbekistan.
<https://orcid.org/0000-0003-3815-952X>

Pak Victor Valerievich - Resident Physician
of the Samarkand Branch of the Republican

Abstract. *Relevance. At present, although significant progress has been made in the field of early detection of congenital malformations and conservative treatment, a large number of patients with this pathology remain untreated in a timely manner. In 10-15% of patients treated conservatively with congenital malformations of the thighs, the need for surgical treatment arises.*

Purpose of the study. It consists of studying the causes of complications observed during long periods of treatment of patients treated surgically on congenital malformations of the thighs and looking for measures to prevent them. In such cases, depending on the age of the patients and the severity of the discharge, surgical procedures are performed, ranging from simple open placement to repair and opening of the proximal part of the femur and the roof of the joint. This article presents the results of surgical treatment performed for 111 children with congenital hip dislocation. After 30 years, the long term results of the intervention were studied in 76 (68.5%) patients. According to observation, 22(28.9%) patients and 31(40.8%) patients demonstrated good and satisfactory long term results respectively. While results of surgical treatment for 23(30.3%) patients estimated as unsatisfactory. Identified the causes of unsatisfactory results and preventive measures were recommended.

Keywords: *congenital hip dislocation, reconstruction, contracture, coxarthrosis, ankylosis.*

Актуальность. Врожденный вывих бедра является одной из актуальных проблем детской ортопедии, занимающей первое место среди ортопедических заболеваний и по количеству опубликованных научных работ [1,3,7]

В настоящее время, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в области раннего выявления и консервативного лечения врожденных вывихов бедра, большое количество пациентов с этой патологией остаются без своевременного лечения. При врожденном вывихе бедра, 10-15% пациентов, леченных консервативным методом, требуют оперативного лечения. [2].

В новейшей литературе отмечается наличие группы врожденных вывихов бедра, которые не поддаются консервативному лечению, такие обзоры показали, что в разной литературе таковых от 1-5% до 10-20% [6].

В таких случаях, в зависимости от возраста пациентов и тяжести заболевания, выполняются хирургические процедуры, начиная от простого открытого вправления и заканчивая восстановлением и размещением проксимальной части бедренной кости в вертлужной впадине. Изучение результатов такого лечения в ближайшей перспективе освещалось во многих литературных источниках, но результаты, наблюдаемые в долгосрочной перспективе, не были должным образом показаны.

Цель работы. Она заключается в изучении причин осложнений, наблюдавшихся в течение длительного (30 лет) периода лечения пациентов, лечившихся методом хирургического вмешательства бедер, и в поиске мер их профилактики.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии областной больницы ортопедии и травматологии наблюдалось 310 (47,8%) пациентов, лечившихся в 1988 году с врожденным вывихом бедра. Из них 111 (17,1%) были пролечены методом хирургического вмешательства.

Ретроспективное исследование пациентов, пролеченных хирургическим методом. 10 (9%) пациентов были мальчиками, 101 (91%) - девочками. В соответствии с их возрастом число лиц в возрасте от 2 до 5 лет составило 27 (24,3%), лиц в возрасте от 5 до 8 лет - 73 (65,7%), а лиц

старше 8 лет - 11 (9,9%). У 39 (35,2%) пациентов был правосторонний вывих, у 55 (49,5%) - левосторонний и у 17 (15,3%) был двухсторонний врожденный вывих бедра.

Пациенты, до операции и после операции, были осмотрены педиатром, также до операции были сделаны клизмы.

После специальной подготовки пациентов, под интубационной анестезией, согласно инструкции, были выполнены следующие операции: открытое вправление головки бедра у 5 (4,5%) пациентов, реконструкция и вправление проксимальной части бедренной кости у 58 (52,2%) пациентов, реконструкция верхнего края вертлужной впадины с образованием навеса у 6 (5,4%) пациентов, реконструкция и вправление проксимальной части бедренной кости и реконструкция верхнего края вертлужной впадины с образованием навеса 34 (30,6%) у пациентов, реконструктивные операции без вскрытия сустава 8 (7,2%) у пациентов.

После операции, в зависимости от сложности проведенной операции, накладывались гипсовые повязки от 4 недель до 6-7 недель. У пациентов осложнения, связанные с хирургическим вмешательством, на ранних стадиях (шок, вторичное кровотечение, пневмония, повторный вывих, нагноение гематомы), не наблюдались. Операционные раны закрывались первичным натяжением. После снятия гипсовых повязок были проведены физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика, массажные процедуры с целью восстановления умеренной подвижности в тазобедренном суставе. Через 2,5-3 месяца начинали учить ходить с помощью костылей, опираясь на здоровую ногу. Через год разрешали опираться на прооперированную ногу.

Результаты лечения в ближайшей перспективе оцениваются как хорошие. После завершения процесса лечения в больнице родителям пациентов было рекомендовано: обследоваться у ортопеда 2 раза в год до окончания процесса роста ребенка, быть освобожденными от занятий физкультуры в школе, ограничить работу, выполняемую стоя на ногах, выбрать профессию, которая не требует этого.

Еще в 1961 году Scaglietti O., Calandriello B. предупреждали и написали следующее: "Ошибочно смотреть на ближайшие результаты, как на гарантию хорошего отдаленного результата, при успешном открытии и вправлении врожденного вывиха бедра. Также в ходе операции один за другим исправляется только полость сустава с головкой бедра. Необходимо создать условия для правильного развития головки и суставной полости бедра при патологических изменениях."

Результаты лечения: были изучены результаты операций, проведенных у 76 (68,5%) пациентов через 30 лет после завершения лечения, в 2018 году. На момент обследования пациентам было 35-42 года. 68 (89,5%) из них составляли женщины, 8 (10,5%) - мужчины. Методы компьютерной томографии использовались для пациентов в зависимости от клинических, рентгенологических и показаний.

Результаты лечения были оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Результат как хороший, оценивался тем, что у 22 (28,9%) пациентов не было жалоб, ходили самостоятельно и правильно, движения в тазобедренном суставе выполняли свободно и полностью во всех направлениях, длина ног одинакова. Развитие мышц бедер происходит одинаково. Рентгеновские индикаторы: головки имеют сферическую форму, головка центрирована в полости сустава, угол раскрытия шейки составлял 120-125°. Линия Шентона не нарушена, угол Виберга составлял около 20-25°, в начале бедра и на вертлужной впадине обнаружен небольшой субхондральный склероз.

Эти пациенты поступили на лечение в возрасте 3-5 лет, была проведена хирургическая операция по восстановлению и размещению проксимальной части бедренной кости и проксимальной части бедра, они своевременно пришли на профилактический осмотр, регулярно проводили ортопедические консультации.

Приведем пример. Пациент Б., 35 лет, врожденный вывих правого бедра в возрасте 3 лет 6 месяцев, мальчик в 1988 году лечился хирургическим путем. В период после операции пациента регулярно привозили вовремя родителями. Пациент регулярно получал физиофункциональное лечение в течение 6 месяцев после операции.

31 (40,8%) пациент, результаты которых были признаны не удовлетворительными, жаловались на усталость и появление легкой боли в тазобедренном суставе в конце дня. Оперированная сторона и мышцы бедер с этой стороны слегка атрофированы (примерно 1-1,5 см). Ноги слегка ротированы внутрь, отведение ограничено примерно на 15-20°. Пациенты работают по своей профессии. Рентгенологические показатели: головки бедер сферической формы, расположены в суставной полости, линия Шентона разорвана, на рентгенограмме пациентов определяется I степень коксартроза. Угол Виберга составляет около 18-20°. Эти пациенты получали лечение в возрасте 5-8 лет. Простое открытое вправление бедра в 5 случаях, в 18 случаев реконструктивная операция проксимального отдела бедра с открытым вправлением. Эти пациенты регулярно не появлялись на ортопедическом обследовании и не получали профилактического лечения.

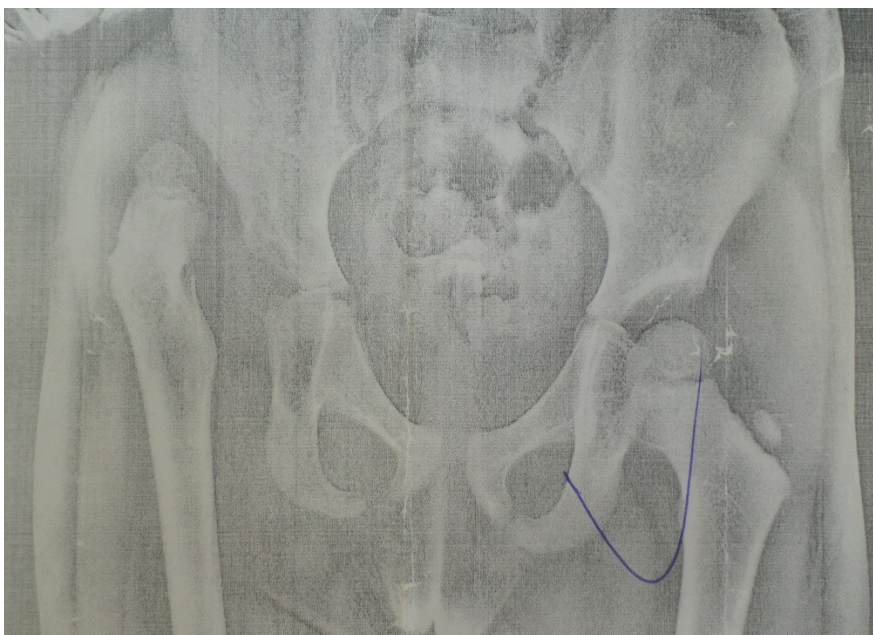


Рисунок №1. Пациент Б., 3 года 6 месяцев. Рентгенография в прямой проекции. Диагностическая рентгенография.

Операция "Подвертельная остеотомия правого бедра. Остеотомия подвздошной кости по Солтеру". После 6 ти месяцев были удалены металлические фиксаторы.

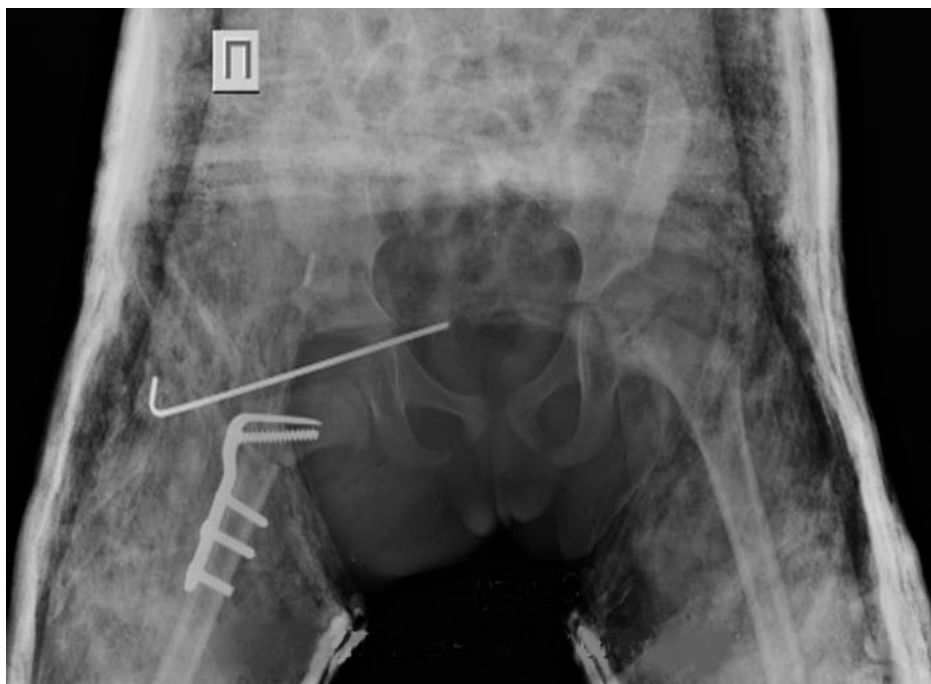


Рисунок №2. Пациент Б., 3 года 6 месяцев. Рентгеновский снимок в прямой проекции. Результат через 1 месяц после операции (пациент находится в гипсе).



Рисунок №3. Пациент Б., 4 года. Рентгеновский снимок в прямой проекции. Результат через 6 месяцев после операции (до снятия металлических фиксаторов).



Рисунок №4. Пациент Б., 5 лет 4 месяца. Рентгеновский снимок. Прямая проекция. Результат через 1 год 8 месяцев после операции. Продолжительность лечения составляла один год 8 месяцев. Ближайший результат лечения в был признан хорошим.



Рисунок №5. Пациент Б., 35 лет. Рентгеновский снимок в прямой проекции. Результат через 30 лет после операции.

Результаты, которые были признаны неудовлетворительными, были зафиксированы в 23 (30,3%) случаях. Эти пациенты постоянно чувствуют боль в прооперированном суставе, пациенты ограничены в объеме движений в прооперированном суставе. У 4 пациентов определяется отсутствие движений в суставах (анкилоз). У 8 пациентов наблюдались симптомы коксартроза II-III степени. 7 пациентов с инвалидностью II группы, 4 пациентам была проведена операция по эндопротезированию и 6 пациентам была предложена операция по эндопротезированию.

Эти пациенты были направлены на лечение хирургическим методом в возрасте 8 лет и старше, у 12 из них на тот момент, уже были симптомы коксартроза. После оперативного вмешательства не соблюдали ортопедический режим, позже, много работали: на стройке, в хлопководстве, за границей. Ни разу не получали профилактического лечения. В 6 случаях женщины рожали 3-5 детей.

Приведем пример.

Пациенту А.Л., 39 лет, в возрасте 8 лет, с врожденным вывихом правого бедра и подвывихом левого бедра, проведено оперативное вмешательство.



Рисунок №6. Пациент А.Л., 8 лет. Рентгеновский снимок в прямой проекции. Диагностическая рентгенография.

Была проведена операция "реконструкция крыши вертлужной впадины по Пембертону, с открытым простым вправлением правого тазо-бедренного сустава". По истечению шести месяцев после первой операции была проведена операция "корректирующая остеотомия левого бедра, с реконструкцией крыши крыши вертлужной впадины по Пембертону". Еще через шесть месяцев были удалены металлические фиксаторы.



Рисунок №7. Пациент А.Л., 8 лет 6 месяцев.

Рентгеновский снимок прямая проекция. Результат через 6 месяцев после операции.



Рисунок №8. Пациент А.Л., 9 лет. Рентгеновский снимок прямая проекция. Результат через 1 год после операции.



Рисунок №9. Пациент А.Л., 39 лет. Рентгеновский снимок в прямой проекции. Результат через 30 лет после операции. У больного двусторонний диспластический коксартроз. Справа III степени, слева II степени". Пациенту была рекомендована операция эндопротезирование.

Вывод: Врожденный вывих бедра является распространенным ортопедическим заболеванием органов опорно-двигательного аппарата. По нашим наблюдениям, эта патология составляет 47,8% больных детей, проходящих лечение в стационарных условиях. Из проведенного исследования было установлено, что наблюдение только хороших результатов клинических испытаний у 22 (28,9%) пациентов, пролеченных хирургическим методом, еще раз показывает, что это заболевание стоит лечить с момента родов.

Можно добиться ожидаемо хороших результатов, если пациенты, проходящие лечение с этой патологией, будут наблюдаться и периодически лежать в диспансере до тех пор, пока не прекратится их рост.

Литературы:

1. Баиндурашвили А. Г., Чухраева И. Ю. К вопросу о ранней диагностике патологии опорно-двигательного аппарата у детей. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии детского возраста: материалы науч.-практ. конф. дет. травматологов-ортопедов России. СПб.; Сыктывкар, 2009; 8-10.
2. Бахтеева Н.Х., Винокуров В.А., Норкин И.А., Персова Е.А. Консервативное лечение детей с врожденным вывихом бедра. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2003. - № 4. - С. 34-37.
3. Грибова И.В. Хирургическое лечение врожденного вывиха и остаточного подвывиха бедра у детей после трех лет. Автореф.докт.дисс. М., 2002 г.
4. Поздников И.Ю. Хирургическое лечение детей младшего возраста с дисплазией тазобедренных суставов и врожденным вывихом бедра. Автореф.дисс.канд.мед.наук. Санкт-Петербург. 2006.
5. Поздников И.Ю., Басков В.Е., Волошин С.Ю., и др. Ошибки диагностики и начала консервативного лечения детей с врожденным вывихом бедра // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. – Т. 5. – Вып. 2. – С. 42–51. doi: 10.17816/PTORS5242-51.
6. Камоско М.М., Познович М.С. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Т. II. Выпуск 4. 2014 г. Стр. 2309-3994.
7. Лазовая Ю.И. Оценка динамики развития тазобедренного сустава у детей в условиях сохраняющегося патологического процесса (Врожденный вывих бедра: диагностика и лечение). Автореф.дисс.канд.мед.наук. Москва, 2011.