Содержание

Введение

. Врождённый вывих бедра

. Статистика

. Анатомические особенности тазобедренного сустава при дисплазии

. Диагноз и диагностика

5. Клинические симптомы

6. Физическая реабилитация

7. Вправление вывиха и лечение кокситной повязкой

8. Хирургическое лечение

Вывод

Список использованной литературы

Введение

Врожденный вывих бедра - тяжелое и часто встречающееся заболевание опорно-двигательного аппарата, приводящее к инвалидности, является следствием его начальной стадии - дисплазии тазобедренных суставов, заключающейся в нарушении формирования анатомических образований, составляющих тазобедренный сустав.

1. Врождённый вывих бедра

Врождённый вывих бедра (син. Дисплазия тазобедренного сустава) - это врождённая неполноценность сустава, обусловленная его неправильным развитием, которая может привести (или привела) к подвывиху или вывиху головки бедренной кости - к «врождённому вывиху бедра» (англ. congenital dislocation of the hip). Современное название этой патологии - дисплазия тазобедренного сустава (англ. developmental dysplasia of the hip). Речь идет о дисплазии развития (о нарушении развития всех структур сустава в процессе пре- и постнатального онтогенеза).

. Статистика

Дисплазия тазобедренных суставов распространена во всех странах (2-3%), однако имеются расово-этнические особенности его распространения. Например, частота врождённого недоразвития тазобедренных суставов у новорождённых детей в скандинавских странах достигает 4% [1], в Германии - 2%, в США она выше среди белого населения, чем афроамериканцев, и составляет 1-2%, среди американских индейцев вывих бедра встречается у 25-50 на 1000, тогда как врождённый вывих бедра почти не встречается у южноамериканских индейцев, у южных китайцев и негров.

Замечена связь заболеваемости с экологическим неблагополучием. Заболеваемость в РФ составляет примерно 2-3%, а в экологически неблагоприятных регионах до 12 %.

Статистика дисплазий противоречива. Так в Украине (2010 год), врождённая дисплазия, подвывих и вывих бедра встречаются от 50 до 200 случаев на 1000 (5-20%) новорождённых, то есть существенно (5-10 раз) выше чем на той же территории в советский период.

Отмечена прямая связь повышенной заболеваемости и традиции тугого пеленания выпрямленных ножек младенца. У народов, живущих в тропиках, новорождённых не пеленают, не ограничивают свободу их движения, носят их на спине (при этом ноги ребенка находятся в состоянии сгибания и отведения) заболеваемость ниже. Например, в Японии в рамках национального проекта в 1975 году была изменена национальная традиция тугого пеленания выпрямленных ножек младенцев. Результат: снижение врождённого вывиха бедра с 1.1 - 3.5 до 0,2 %.

Чаще эта патология встречается у девочек (80 % выявленных случаев), семейные случаи заболевания составляют примерно треть. Дисплазия тазобедренного сустава в 10 раз чаще встречается у тех детей, родители которых имели признаки врождённого вывиха бедра. Врождённый вывих бедра выявляется в 10 раз чаще у родившихся при тазовом предлежании плода, чаще при первых родах. Часто дисплазия выявляется при медикаментозной коррекции беременности, при беременности, осложнённой токсикозом. Чаще поражается левый тазобедренный сустав (60 %), реже правый (20 %) или оба (20 %)

До первой половины прошлого столетия учитывали только тяжёлую форму дисплазии, врождённый вывих бедра (3-4 случая на 1000 рождений). В те годы «лёгкие формы» дисплазии не выявляли и не лечили. С 70-х - 90 гг. применяют термин «дисплазия тазобедренного сустава», понимая под этим не только вывих, но и предвывих и подвывих тазобедренного сустава. Цифры заболеваемости увеличились десятикратно.

Следует отметить, что отсутствие четких стандартов и опасение пропустить тяжёлую ортопедическую патологию является причиной гипердиагностики (20-30 % на стадии предвывиха). Дилемма «незрелый тазобедренный сустав и предвывих» обычно решается в пользу дисплазии, что увеличивает цифры заболеваемости.

3. Анатомические особенности тазобедренного сустава при дисплазии

Дисплазия тазобедренного сустава может проявляться в самых разных формах. Различают три основные формы дисплазий:

дисплазию вертлужной впадины - ацетабулярную дисплазию,

дисплазию проксимального отдела бедренной кости

ротационные дисплазии.

При дисплазии существенно изменяется форма, взаимоотношение и размеры структур тазобедренного сустава. Развитие тазобедренного сустава происходит в процессе тесного взаимодействия головки бедра и вертлужной впадины. Распределение нагрузки на костные структуры определяет ускорение или замедление костного роста, определяет в конечном результате форму и головки бедра и вертлужной впадины, а также геометрию сустава в целом.



Рисунок 1

Тазобедренный сустав новорождённого даже в норме является незрелой биомеханической структурой, его суставная впадина уплощена, она расположена более вертикально, в сравнении с «взрослым суставом», связки сустава избыточно эластичные. Сустав удерживается в суставной впадине за счет напряжения суставной капсулы, собственной связки (круглой связки тазобедренного сустава). Смещению бедренной кости вверх препятствует хрящевая пластинка вертлужной впадины, которая называется «лимбус» (вертлужная губа - labrum - [лат.] губа, край).

При нарушении развития сустава (при дисплазии) мы видим более плоскую и скощенную суставную впадину, избыточно эластичные связки и суставная капсула не способны удерживать головку бедренной кости в суставной впадине, она смещается вверх и латерально (кнаружи). При этом лимбус выворачивается (смещается вверх) и деформируется, он теряет способность удерживать смещение головки бедренной кости. При определенных движениях головка бедра может выйти за пределы вертлужной впадины. Такое состояние сустава называется «подвывих».



Рисунок 2

При тяжелой форме дисплазии тазобедренного сустава головка бедренной кости полностью выходит за пределы вертлужной впадины, такое состояние называется «вывих бедра». Головка бедра располагается выше суставной впадины, лимбус вворачивается внутрь сустава и находится ниже головки бедра, суставная впадина заполняется жировой и соединительной тканью. Это существенно затрудняет вправление вывиха.



Рисунок 3

Дисплазия тазобедренного сустава может проявляться не только в виде нарушения вертлужной впадины (ацетабулярная дисплазия), но и неправильным развитием проксимального отдела бедренной кости. Форма проксимального отдела бедренной кости чаще всего описывается шеечно-диафизарным углом (ШДУ), который образован срединной линием диафиза и линией, проведенной через центры головки и шейки бедренной кости. Эти измерения проводят на фронтальной рентгенограмме. В зависимости от величины этого угла, в зависимости от того насколько он соответствует возрастной норме, различают нормальную форму проксимального отдела бедренной кости, дисплазию с увеличением этого угла - coxa valga, дисплазию с уменьшением этого угла - coxa vara. Очень важно соотношение между вертлужной впадиной и головкой бедренной кости. Для оценки геометрии тазобедренного сустава применят много методов, один из них показан на рисунке. Важным показателем является центрация головки бедра и вертлужной впадины. Если провести линию через края вертлужной впадины (АВ) и линию через середину головки и шейки бедра (CF), то линия СF должна проходить через середину (точка О) линии АВ.



Рисунок 4

Причём угол, образованный этими линиями должен приближаться к прямому. В этом заключается большой биомеханический смысл: равномерная нагрузка на головку и вертлужную впадину и нормальное развитие этих структур. Угол центрации тесно связан с формой шеечно-диафизарного отдела. В нижней части рисунка показаны некоторые формы дисплазии тазобедренного сустава, связанные с нарушением шеечно-диафизарного угла и угла наклона в вертлужной падины. Рисунок А - норма. Линия наклона вертлужной впадины и срединная линия головки и шейки составляют прямой угол, ШДУ и угол наклона вертлужной впадины не изменены. Рисунок Б - варус проксимального отдела бедра с нарушением центрации. Рисунок В показывает форму дисплазии с увеличением ШДУ при нормальном угле наклона вертлужной впадины. Рисунок Г - дисплазия, при которой сочетается и избыточный ШДУ и избыточный угол наклона вертлужной впадины.



Рисунок 5

4. Диагноз и диагностика

Такие факторы, как «наличие дисплазии суставов у родителей», «тазовое предлежание», «крупный плод», «деформация стоп», «токсикоз беременности», в особенности у девочек, должны настораживать в плане возможной врождённой патологии суставов. Риск врождённой патологии тазобедренного сустава в этих случаях возрастает десятикратно. Поэтому таких детей, даже если ортопедическая симптоматика отсутствует, относят к группе риска по врождённому вывиху бедра.

Большинство ортопедов и смежных специалистов под дисплазией подразумевают врождённую неполноценность сустава, которая обусловлена его недоразвитием и может привести к подвывиху или вывиху головки бедра. При вывихе бедра головка полностью теряет контакт с вертлужной впадиной, при подвывихе - только частично. Дисплазия, или предвывих, характеризуется нарушением развития тазобедренного сустава без смещения сочленяющих элементов сустава. Однако многие ортопеды и хирурги используют термин «дисплазия» в собирательном понятии, включая в него все аномалии - от рентгенологического едва улавливаемого недоразвития крыши сустава без смещения головки бедра до истинного вывиха.

Таким образом, классификация степеней патологии тазобедренного сустава в этих случаях должна основываться на клинико-рентгенологических показателях:



Рисунок 6

Классификация дисплазии тазобедренного сустава. A: Норма. B: Предвывих. C: Подвывих. D: Врождённый вывих.

Подвывих головки бедра - смещение её вследствие антеверсии и вальгуса в пределах суставной впадины: а) первичный, б) остаточный (после вправления головки бедра) (C).

Врождённый вывих бедра (D): а) боковой или переднебоковой, б) надацетабулярный, в) подвздошный высокий.

Целесообразно различать понятия «нарушение развития сустава» (это собственно и есть дисплазия) и замедление развития (незрелый сустав - пограничное состояние, группа риска). На дисплазию тазобедренного сустава указывает отягощенная наследственность, патология беременности, клинические признаки нестабильности тазобедренного сустава (то есть признаки предвывиха), или, тем более, признаки смещения головки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине (то есть признаки подвывиха или вывиха сустава). Клинически установленный диагноз должен быть подтвержден данными УЗ исследования, а в возрасте старше 3 месяцев рентгенологическим исследованием.

Диагноз «дисплазия тазобедренного сустава» ставят, прежде всего, на основании клинических признаков, результатов ультразвукового исследования и рентгенодиагностики. Ультразвуковое и рентгенологическое исследование, информативные и чрезвычайно важные методы диагностики, но являются вторичными по отношению к клиническим методам. Диагноз «дисплазия тазобедренного сустава» всегда предполагает вероятность развития вывиха бедра и необходимость безотлагательного лечения.

Своевременно заподозрить или поставить диагноз должен врач ортопед при осмотре новорождённых в родильном доме. Далее больные дети и дети группы риска наблюдаются ортопедом по месту жительства. Всем больным детям и новорождённым из группы риска назначается ортопедическое лечение, которое продолжается до уточнения окончательного диагноза.

Все эти дети должны наблюдаться ортопедом и должны быть обследованы с применением ультразвукового, а с 3-х месячного возраста с применением рентгеновского метода. Диагноз окончательно формулирует врач ортопед по месту жительства на основании осмотра, результатов инструментальных методов и на основании динамического наблюдения ребенка.

. Клинические симптомы

Исследование ребёнка имеет особенности в зависимости от возраста ребенка и от степени нарушения функционального состояния тазобедренного сустава. Осмотр ребенка проводят в тихой и спокойной обстановке, в теплом помещении, после кормления, в состоянии максимального расслабления мышц. Можно выделить 4 группы клинических тестов, которые могут указывать на дисплазию тазобедренного сустава у детей первого года жизни:

. асимметрия кожных складок

. укорочение бедра

. симптом соскальзывания Маркса-Ортолани

. ограничение отведения бедра

Прежде всего, обращают внимания на симметричность кожных складок бедра, имея в виду то, что при двусторонней патологии этот признак может быть и не виден. Асимметрия кожных складок более информативна у детей старше 2-3-х месячного возраста. Кожные складки при врождённом вывихе бедра располагаются на разных уровнях, отличаются глубиной и формой. Диагностическое значение имеют: ягодичные, подколенные и паховые складки. На стороне подвывиха или вывиха они глубже и их больше. Этот симптом наблюдается у половины больных детей и «сам по себе» диагностического значения не имеет.

Часто наблюдаемая асимметрия кожных складок на бедре, особенно у новорождённых, диагностического значения не имеет, она встречается у совершенно здоровых младенцев.

Надежным диагностическим критерием является феномен укорочения бедра за счет заднего смещения головки бедренной кости относительно вертлужной впадины. Он указывает на самую тяжелую форму дисплазии тазобедренного сустава - на врождённый вывих бедра. Тест считается положительным, если у лежащего на спине ребенка с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, колено на больной стороне располагается ниже.

Золотым стандартом ранней диагностики дисплазии тазобедренного сустава является симптом Маркса-Ортолани. Симптом соскальзывания описан советским ортопедом В.О. Марксом в 1934 году и независимо от него итальянским педиатром Марино Ортолани в 1936 году. как симптом «щелчка». [12] Василий Оскарович Маркс так описывает предложенный им симптом соскальзывания:

«Ребенка укладывают на спину, причем его лицо обращено к врачу. Последний сгибает обе ножки больного в тазобедренных и коленных суставах и захватывает руками бедра так, что большие пальцы располагаются на внутренних, а прочие - на наружных поверхностях бедер. Врач медленно, избегая форсированных движений, отводит бедра равномерно в обе стороны. Усилий для получения отведений не требуется, так как в этом положении ребенок утрачивает способность сопротивляться. При нормальных отношениях в суставах оба бедра в положении крайнего отведения почти касаются наружными поверхностями плоскости стола. При вывихе головка бедра в момент отведения соскальзывает в вертлужную впадину, что сопровождается характерным толчком. Если после этого вправления бедро оставить в положении отведения, оно само начинает приводиться и, достигнув определенной степени приведения, производит быстрое толчкообразное движение в направлении приведения, соответствующее моменту вывихивания головки из вертлужной впадины. Такое движение легко заметить, если внимательно следить за приводящимся бедром»

С тех пор этот простой и информативный тест мало изменился и с успехом применяется для диагностики нестабильности и врождённого вывиха тазобедренных суставов у детей первого года жизни. Конечно же требуется определенный практический навык выполнения этого теста, а главное правильное трактование его результатов, сопоставлением его с другими симптомами и результатами исследований.

Однако, сам по себе факт положительного симптома Маркса-Ортолани у детей первых двух недель жизни, вовсе не свидетельствует о заболевании тазобедренного сустава. Это симптом может встречаться и у совершенно здоровых новорождённых. Соотношение больных и здоровых новорождённых, у которых был выявлен симптом соскальзывания, составляет соответственно 60 и 40% случаев. 60% новорождённых «выздоравливают» в первую неделю жизни, а 88% в первые 2 месяца. Оставшиеся 12% собственно и составляют различные стадии истинной дисплазии тазобедренного сустава. Этот симптом теряет свое значение с возрастом больного ребенка, он выявляется только у 25 % детей старше 2-3 недель. Ограничение отведения бедра на стороне дисплазии является характерным признаком дисплазии тазобедренных суставов.

«Если при выявлении врождённого вывиха бедра у младенца симптом соскальзывания не вызывается потому, что он уже исчез, то при сохранившемся вывихе на смену симптому соскальзывания появляется симптом ограничения отведения бедер. У здорового новорождённого можно развести ножки в тазобедренных суставах на 80-90° каждую, уложить разведенные бедра наружными поверхностями на ложе. Если каждую ножку можно отвести только до угла 50-60°, то у новорождённого, по-видимому, - врождённый вывих бедра. У здорового семи - восьмимесячного младенца можно отвести каждую ножку на 60-70°. Если удается отвести каждую ножку только до 40-50°, то имеется, вероятно, врождённый вывих бедра. Ножки в тазобедренных суставах разводят, захватывая их так же, как при выявлении симптома соскальзывания (цит. по В.О. Марксу)».



Рисунок 7

6. Физическая реабилитация

Основными принципами лечения являются: раннее начало, применение ортопедических средств для длительного удержания ножек в положении отведения и сгибания, активные движения в тазобедренных сустава в пределах дозволенного диапазона.

«Для лечения дисплазии тазобедренного сустава без смещения и со смещением головки бедра предложены различные виды подушек, штанишек, стремян, шин, аппаратов и других приспособлений. Все они рассчитаны на то, чтобы удержать в положении разведения ножки ребенка и обеспечить им функцию. У детей первых 2-3 мес. при подозрении на дисплазию тазобедренного сустава или наличии клинических симптомов вывиха не требуется рентгенологического подтверждения диагноза, ибо в любом случае необходимо применять одни и те же лечебно-профилактические меры - разведение ножек с помощью мягких прокладок (широкое пеленание, подушка Фрейка и др.), гимнастику с применением отводяще-круговых движений в суставе, массаж ягодичных мышц. Для лечения детей с дисплазией способом разведения ножек пригодны пеленки, „штанишки“ Бекера, подушки Фрейка, стремена Павлика, эластичные шины. В этом возрасте совершенно недопустимо применение жестких конструкций, то есть шин, препятствующих движениям конечностей, совершаемым младенцем».

Чаще всего для лечения врождённого вывиха бедра применяют: стремена Павлика, подушка Фрейка, шина Виленского, шина Волкова. В тяжелых случаях применяется одномоментное вправление вывиха и кокситная повязка. При неэффективности консервативного лечения применяют различные виды корригирующих операций. Одним из методов лечения легких дисплазий и профилактики является широкое пеленание.

Стремена Павлика.

В 1946 году в Праге чешский ортопед Арнольд Павлик сообщил об успешном лечении врождённого вывиха бедра с использованием нового, как он его назвал, «функционального метода лечения». В те годы для придания сгибания и отведения бедер применялись жесткие конструкции, ограничивающие движения в тазобедренных суставах. Частым осложнением такого лечения было тяжелое заболевание «асептический некроз головки бедренной кости» (30 % детей, которым проводилось лечение).

Павлик так определил суть своего изобретения:

«Принцип этого метода состоит в том, чтобы обеспечить сгибание ног ребенка в коленных и тазобедренных суставах, используя стремена. Известно, что ни взрослый, ни ребенок не в состоянии удерживать приведенные нижние конечности в сгибании. Это является не физиологичным, мышцы быстро устают и ноги разводятся. Это то, в чем нуждается тазобедренный сустав для лечения дисплазии… Движения в суставе свободны. Это то, в чем нуждается развивающийся детский сустав для выздоровления, так как тазобедренный сустав - орган движения»

С тех пор лечение дисплазии тазобедренных суставов с применением стремян Павлика - золотой стандарт детской ортопедии. В современном виде стремена Павлика представляют собой ортопедическое изделие, сшитое из мягкой ткани, состоящее из грудного бандажика (лифчика), с плечевыми штрипками (ремешками), отводящих штрипок, которые располагают «позади колена», сгибающих передних штрипок и бандажиков, расположенных на голеностопном суставе.



Рисунок 8

Широкое пеленание применяют у детей «группы риска», у новорождённых с УЗ признаками «незрелого сустава», а также в тех случаях, полноценное лечение по каким-либо причинам провести невозможно. Это основной метод профилактики дисплазии тазобедренного сустава. Техника пеленания несложна: две пеленки прокладывают между ножек младенца, придавая положение сгибания и отведения в тазобедренных суставах, а третьей фиксируют ножки. Широкое пеленание позволяет сохранять положение разведения и сгибания 60-80°.

Задача ЛФК - укрепление мышц тазобедренного сустава и организация двигательной активности ребенка, достаточной для полноценного физического развития. Цель - стабилизация тазобедренного сустава, восстановление нормального объёма движений и повышение уровня здоровья ребенка. Лечебная гимнастика применяется на всех этапах консервативного лечения и имеет свои особенности на этапе разведения ножек, на этапе удержания и на этапе реабилитации после снятия ортопедических изделий.

Все упражнения нужно делать на жесткой поверхности: стол или пеленальник, подложив под ребенка непромокаемую пеленку. Массаж делается 1 раз в день. Время подбираете оптимальное для ребёнка - когда малыш не голоден, в хорошем настроении и его ничего не беспокоит. В курсе 10-15 сеансов. Обязательно 2-3 курса для улучшения эффекта. Перерывы между курсами 1-1,5 месяца. Так как массаж для малышей большая нагрузка, без перерыва делать не рекомендую.

Массаж делать в положении малыша на спине (обхватывая весь сустав). Но можно, положить на спину и массировать переднюю поверхность бедер

Начинайте с поглаживания: руки плотно прилегают к телу в области тазобедренного сустава, давление не должно быть сильным, руки не смещают кожу, а скользят по ней.

Делают спиральные движения большим и указательным пальцами или всей ладонью. Исключают внутреннюю поверхность бедер (около половых органов). Продолжительность поглаживания 3-5 минут, затем переходят к растиранию. Давление сильнее, чем при поглаживании, происходит не скольжение, а смещение кожи. На пораженных суставах растирание дает хороший эффект. Его лучше делать подушечками пальцев, проникая глубоко в мышцы. Растирание можно делать такой же техникой, что и поглаживание. Продолжительность 10 минут.

Кроме того, полезно делать растирание поясничной области, ягодиц и массаж стопы для улучшения циркуляции крови.

Гимнастику делают 2-3 раза в день, каждое упражнение по 10-15 раз. Помогут следующие упражнения (делаются в положении ребенка лёжа на спине):

“велосипед” - согните ноги в коленях и тазобедренных суставах и имитируйте езду на велосипеде

Сгибание-разгибание ног вместе и по очереди (одна нога согнута в коленке, другая прямая и так чередуем ноги).

Согните одну ногу в коленке и тазобедренном суставе, - одной рукой зафиксируйте тазобедренный сустав, другой рукой обхватите колено ребенка и, слегка надавливая на него, производите вращение бедра внутрь.

Разводя бедра, не допускайте резких движений, чтобы ребенку не было больно и не вызывало негативной реакции на процедуру.

Если ребенок находится в шинах, массаж и гимнастику проводят в объеме, позволяемом укладкой.

Необходимо наблюдать за улучшением, разводя согнутые ножки, аккуратно стараясь положить их на стол. После проведённых сеансов, следует обратиться к ортопеду. Может понадобиться рентген сустава, для того, чтобы определить успешность лечения. В тяжелых случаях возможна необходимость наложения шин, что это должен определить ортопед.

Если есть возможность, лечите ребенка массажем и гимнастикой.

Во время проведения лечебной гимнастики дети могут капризничать, упираться, не давать делать упражнения. В этих случаях нужно немного подождать пока ребенок ослабит ножки, и продолжать делать упражнения. Главное при проведении лечебной гимнастики не делать упражнения насильно, и Вы ни когда не нанесете ребенку травму. Во время лечения ребенка разрешается ставить на ноги, чтобы формировался рефлекс опоры и ходьбы.

. Вправление вывиха и лечение кокситной повязкой

В 1896 году Адольф Лоренц опубликовал первые случаи излечения врождённого вывиха бедра при помощи бескровного вправления с последующей длительной фиксацией ног кокситной гипсовой повязкой в положении сгибания и отведения в тазобедреном суставе под прямым углом (первое положение Лоренца). Закрытое вправление вывиха проводят детям от 2 до 6 лет. До 2-летнего возраста вправление вывиха бедра достаточно эффективны, и обычно применяют функциональные методы вправления (отводящие шины или стремена Павлика), кроме того после вправления вывиха приходится держать ребенка в гипсовой повязке около 6 месяцев, и этот метод не рекомендован до тех пор, пока ребенок не научится вести себя опрятно [20]. После 5 летнего возраста бескровное вправление вывиха технически сложно или даже невозможно. В этих случаях применяют хирургическое лечение - открытое вправление.

В отдельных случаях вправление высоких вывихов бедра возможно методом скелетного вытяжения у детей в возрасте от 1.5 до 6-8 лет. Чем больше возраст ребёнка, тем больше вероятность в необходимости завершения лечения хирургическим путём.

8. Хирургическое лечение

Для лечения врождённого вывиха бедра применяют большое количество хирургических методов, которые можно разделить на группы:

. Открытое вправление вывиха

. Операции на проксимальном отделе бедренной кости (корригирующие варизирующие и деротационные остеотомии)

. Операции на тазовом компоненте (остеотомия таза по Хиари)

. Паллиативные операции (Шанца, Кенига)

Вывод

Частота врожденного вывиха различна не только в отдельных странах, но и в разных регионах одной страны. Врожденный вывих бедра почти не встречается в ряде южно-азиатских и африканских стран. Это свидетельствует, что отсутствие пеленания, ношение ребенка с разведенными ногами и т.д. способствует обратному развитию дисплазии. Например, в Корее в последний год войны, когда матери перестали носить новорожденных с разведенными ногами, количество врожденных вывихов значительно увеличилось, однако после войны, когда женщины снова вернулись к старым традициям, детей с врожденным вывихом бедра почти не стало.

Из этого можно сделать выводы:

. Врожденный вывих бедра - заболевание, которое можно полностью победить.

. Национальные традиции славянских народов при уходе за младенцами не являются наилучшими. Нужно их менять. Нужно активно пропагандировать способ пеленания и ношения ребенка с разведенными ногами. Тем более в ситуации, когда врачи стараются на этом заболевании зарабатывать.

тазобедренный сустав дисплазия вывих

Список использованной литературы

1. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей 1997;

. Вовченко А.Я., Куценок Я.Б., Зинченко В.В., Демьян Ю.Ю. Наш опыт ультразвуковой диагностики дисплазии тазобедренного сустава // Вісник ортопедії травматології та протезування - 2004. - № 2. - с. 41-45.

. Фрумина А.Е. Врожденный вывих бедра в свете достижений ортопедии за последнее десятилетие. Труды II Украинского съезда ортопедов, травматологов и работников протезного дела, Киев, 1940

. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика. Издательство «Наука и техника», 1978 УДК 617.3-07 (031)

. Ультрасонография в диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава у детей. Руководство по сонографии тазобедренного сустава

. Куценок Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывих и вывих бедра.// Киев, 1992 г.

. Малахов О.А. Кожевников О.В. Леванова И.В. Грибова И.В. Использование малотравматичных способов вправления врожденного вывиха бедра у детей. // Тез. докл. XXXII научно-практической конференции травматологов и ортопедов Рязанской области, Рязань, 1999 г.

. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии. Серия «Медицина для вас». - Ростов н/Д: «Феникс», 2003. - 320 с.

. Ортопедия и травматология детского возраста. Руководство для врачей. - Москва, «Медицина» 1983 г.