1. . Паспортная часть
2. Фамилия, имя, отчество пациентки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол: женский
4. Возраст: 04.09.2010 (2 года)
5. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Направившее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Диагноз при направлении: Врожденный вывих левого бедра
8. Диагноз при госпитализации: Врожденный вывих левого бедра
9. Диагноз клинический: Врожденный вывих левого бедра
10. Дата и время госпитализации: 20.09.2012 10. 20

2. Жалобы при поступлении:

Со стороны матери жалоб при поступлении девочки в стационар нет.

3. История заболевания (anamnesis morbi)

Со слов матери, заболевание у девочки впервые было выявлено в 1 год 3 месяца, когда она стала ходить и хромать. Мать девочки также отмечала укорочение левой конечности у ребенка, проксимальное смещение кожных складок бедер с левой стороны, более высокое расположение ягодичной складки с левой стороны. С данными жалобами мать обратилась к участковому педиатру. После обследования в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочка была направлена в Витебскую детскую областную клиническую больницу для лечения с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

С 09.07.2012 по 21.07.2012 г. девочка находилась на обследовании и лечении в травматологическом отделении Витебской детской областной клинической больнице. 20.07.2012 г. девочке было проведено вправление вывиха левого бедра, наложена циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I» под наркозом. Выполнен рентгенологический контроль в гипсе.

При выписке были даны следующие рекомендации: домашний режим, через 2 месяца явка в травматологическое отделение ВДОКБ на стационарное лечение со справкой о контактах с инфекционными больными, результатами мазков на ОКЗ ребёнка и матери, результатами анализов крови, мочи.

Состоит на диспансерном учете у ортопеда.

19.09.2012 г. в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочке было выдано направление в травматологическое отделение УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» для снятия гипсовой повязки и дальнейшего обследования и лечения.

20.09. 2012 г. девочка госпитализирована в травматологическое отделение ВДОКБ с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

4. История жизни (anamnesis vitae)

Первая беременность, без осложнений. Девочка родилась доношенная, вес 3100г., длина тела 51 см., окружность головы 34см., окружность груди 33 см. Первый раз приложили к груди на первые сутки, сосала охотно. Вскармливалась грудью до 9 месяцев. Режим кормления: 7 раз в сутки. Прикорм с 4,5 месяцев.

В данный момент питание полноценное, аппетит хороший, стул нормальный.

Первые зубы прорезались в 6 месяцев, ходить стала в 1 год 3 месяца, говорить в 14 месяцев.

Перенесенные заболевания: с полутора лет ОРИ 1-2 раза в год.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Контакта с инфекционными больными в течение 21 дня не было. Привита по календарю, согласно возрасту.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицается. Наследственный анамнез не отягощен. Родители алкоголем не злоупотребляют, в семье курит отец.

5. Объективное исследование (status praesens)

Общий осмотр

Общее состояние – удовлетворительное.

Сознание – ясное.

Положение – девочка не ходит, так как ей наложена циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I».

Рост – 85 см, вес 11 кг.

Тип телосложения – нормостенический.

Температура тела 36,6.

Кожный покров и слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности, чистые. Эластичность и тургор кожи хорошие. Дермографизм белый.

Ногтевые пластинки округлой формы, розового цвета. Изменений околоногтевого валика не выявлено.

Волосяной покров развит соответственно возрасту и полу.

Зев спокоен. Миндалины не гипертрофированы, налетов нет.

Язык влажный, не обложен.

Подчелюстные, подмышечные лимфоузлы не увеличены, эластичные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, безболезненные. Подкожная клетчатка выражена умеренно. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена, болезненности и уплотнений при пальпации нет.

Костно-мышечно-суставная система:

Мышечная система: степень развития мышц умеренная, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти умеренная, симметричная, тонус мышц нормальный, судорог нет.

Костно-суставная система:

Кости черепа, грудной клетки без патологических изменений. Череп симметричный, большой и малый роднички закрыты. Кости верхних конечностей не деформированы.

Кисти: дистальные межфаланговые суставы внешне не изменены, местная температура не повышена. При пальпации суставы безболезненны, объем движений не ограничен. Проксимальные межфаланговые суставы не изменены , местная температура не повышена. При пальпации суставы безболезненны, объем движений полный. Первые пястно-фаланговые суставы не отечны, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Запястно-пястные суставы внешне не изменены, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Лучезапястные суставы внешне не изменены, местная температура не повышена, объем движений полный, пальпация безболезненна.

Локтевые суставы: внешне не изменены, местная температура не повышена, при пальпации безболезненны. Движения сохранены в полном объеме, при движениях хруста, крепитации не выявлено.

Плечевые суставы:внешне не изменены, температура не изменена, при пальпации безболезненные. Объем движений не ограничен.

Стопы: внешне межфаланговые, плюстефаланговые суставы не изменены, местная температура не повышена, при пальпации суставы безболезненны. Движения сохранены в полном объеме.

Система органов дыхания

Осмотр:

Нос: слизистая оболочка носа не изменена, отделяемого и лихорадочных высыпаний нет. Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения. Обоняние не нарушено.

Грудная клетка формы усеченного конуса, симметричная, без видимых деформаций.

Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ребра направлены косо-поперечно, сверху вниз. Эпигастральный угол приблизительно 90 градусов. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Асимметричных выпячиваний и западений грудной клетки нет.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, средней глубины. Частота дыхательных движений – 30 в минуту. Дистанционных хрипов, шумов, одышки не выявлено. Патологических типов дыхания, участия в дыхании вспомогательных мышц не выявлено.

Пальпация грудной клетки.

Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника, хруста не выявлено.

Голосовое дрожание на симметричных участках ощущается с одинаковой силой.

Перкуссия грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Верхняя граница легких у детей дошкольного возраста не определяется, так как верхушки не выходят за ключицы из-за высокого стояния верхней апертуры грудной клетки и относительно короткой шеи.

Нижние границы легких:

Топографические линии Правое легкое Левое легкое

L medioclavicularis шестое межреберье -

L axillaris anterior седьмое межреберье седьмое межреберье

L axillaris media восьмое межреберье восьмое межреберье

L axillaris posterior девятое межреберье девятое межреберье

L scapularis десятое межреберье десятое межреберье

L paravetebralis остистый отросток XI грудного позвонка.

Аускультация легких.

При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание.

Добавочных дыхательных шумов, крепитации, хрипов, шума трения плевры нет.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки не изменена.

Система органов кровообращения

Осмотр:

При осмотре грудная клетка в области сердца не изменена. Выпячивания грудной клетки в области сердца нет.

Верхушечный толчок визуально не определяется; патологической пульсации сосудов нет.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Толчок локализованный, площадью 0,5 см2, умеренной высоты, умеренной резистентнности.

Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом «кошачьего мурлыканья» у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

Правая: в четвертом межреберье на 0,5 см кнутри от правого края грудины.

Левая: в пятом межреберье слева на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край II ребра на уровне окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: 7 см.

Границы сосудистого пучка:

Правая: 2-е межреберье, правый край грудины.

Левая: 2-е межреберье, левый край грудины.

Поперечник сосудистого пучка: 3 см.

Аускультация сердца и сосудов.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 110 ударов в минуту.

Добавочных тонов, щелчка открытия митрального клапана нет. Внутрисердечные шумы и шум трения перикарда отсутствуют. При аускультации крупных сосудов патологические тоны и шумы не выслушиваются.

Исследование пульса.

Свойства пульса на лучевых артериях – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 110 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Определяется пульс на височной, бедренной и ар­терии тыла стопы.

Видимых пульсаций сонных, подключичных и других периферических артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует.

Измерение артериального давления: 97/45 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения

Аппетит хороший, жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются.

Стул каловый; консистенция кала – оформленный, мягкий, цвет – светло-коричневый.

Стул регулярный, акт дефекации безболезненный, отхождение газов свободное.

Общий осмотр

Слизистая оболочка ротовой полости и твёрдого неба бледно-розовой окраски, влажная, налетов, высыпаний, пигментации, кровоизлияний нет.

Губы: розовой окраски, влажные, сыпи и трещин нет, углы губ симметричны.

Язык влажный, чистый. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены.

Живот правильной округлой формы, асимметрий и местных выпячиваний нет. Расширения вен передней брюшной стенки, расхождения прямых мышц живота, видимой перистальтики желудка и кишечника, рубцов, сыпи, пигментации не выявлено. Обе половины живота равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация живота поверхностная:

при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard – Образцова – Гаусмана.

В левой повздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого плотноватого шнура толщиной около 1,5 см, безболезненная, не урчащая, подвижная.

Пальпировать нисходящую ободочную кишку не удалось.

В правой повздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 2 см в диаметре, умеренной подвижности.

Восходящую ободочную кишку пальпировать не удалось.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде безболезненного валика по обе стороны от средней линии тела, на 2 см выше пупка.

Привратник не пальпируется. Поперечную ободочную кишку пальпировать не удалось.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуссия живота:

при перкуссии живота над желудком определяется тимпанит, над кишечником – участки тимпанита чередуются с притупленным тимпанитом. Признаки метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости отсутствуют.

Аускультация живота:

перистальтика кишечника обычная, живая, частота перистальтических волн – 6 в минуту. Шум трения брюшины не выявлен.

Исследование печени.

Осмотр: выбухания, пульсации в области правого подреберья не выявлено.

Перкуссия печени.

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

правой срединно-ключичной линии – на уровне VI ребра.

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой срединно-ключичной линии – печень на 1 см выступает книзу от реберной дуги.

Пальпация печени: печень не пальпируется.

Исследование желчного пузыря.

Осмотр: выпячивания в области проекции желчного пузыря на правое подреберье не выявлено.

Пальпация: при поверхностной пальпации области проекции желчного пузыря болезненности передней стенки живота не выявлено.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Ортнера отрицательные.

Исследование селезенки.

Осмотр: при дыхании в левом подреберье выбухания не выявлено.

Перкуссия и пальпация селезенки.

Селезенка не пальпируется.

При перкуссии размеры селезенки: поперечный – 4см, продольный – 6 см.

Мочеполовые органы

Мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Суточное количество мочи около 700 мл в сутки; цвет мочи светло-желтый.

Осмотр поясничной области: выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи, припухлость кожных покровов отсутствуют.

Перкуссия почек: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пальпация почек: почки не пальпируются; болезненности нет.

Пальпация почечных (реберно-мышечных и реберно-позвоночных) и мочеточниковых (верхних и нижних) точек безболезненна.

Аускультация почек: шум в реберно-позвоночном углу отсутствует.

При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет.

Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Нервно-психическая сфера

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Патологических рефлексов не выявлено. Симптомы Кернига, Бабинского отрицательные. Кожная чувствительность сохранена в полном объеме.

Зрение не снижено. Реакция зрачков на свет содружественная, прямая, живая. Слух, обоняние в норме.

Нервно-психическое развитие девочки соответствует возрасту.

Status localis

Девочка самостоятельно не ходит, так как ей наложена гипсовая циркулярная повязка в положении «Лоренц I». Ноги согнуты до угла 90 градусов в тазобедренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фронтальной плоскости. Циркулярная гипсовая повязка не жмет. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, трофических и двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

6. Данные лабораторных методов исследования

Общий анализ крови от 18.09.12 г.:

Эритроциты – 5,53х1012 /л

Гемоглобин – 132 г/л

Лейкоциты – 10,1х109 /л

Тромбоциты – 333х109/л

Нейтрофилы: 60,2 %

Эозинофилы – 2,8 %

Лимфоциты – 24,4 %

Моноциты – 7,2 %

Базофилы – 0,4 %

Заключение: общий анализ крови без патологических изменений.

Общий анализ мочи от 18.09.12 г.:

Относительная плотность – 1015

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция рН – кислая

Белок – отсутствует

Сахар – отсутствует

Плоский эпителий – 1-2 в поле зрения

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения .

Заключение: общий анализ мочи без патологических изменений.

18.09.12 г: осмотр на чесотку и педикулёз прошла.

Анализ кала на патогенные энтеробактерии от 14.09.12 г:

Заключение: патогенные энтеробактерии не выделены.

7. Данные рентгенологических методов исследования

Рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции от 20.09.2012 г.:

Наблюдается уплощение вертлужной впадины слева. Проксимальный конец бедренной кости слева расположен выше линии Келлера, кнаружи от линии Омбредана. Наблюдается смещение проксимального конца левой бедренной кости вверх и латерально. Ацетабулярный индекс слева увеличен; наблюдается разница ацетабулярного индекса с обеих сторон. Угол Виберга слева уменьшен. Наблюдается увеличение шеечно-диафизарного угла и искривление дуги Шентона-Кальве слева.

Заключение: определяется врожденный вывих левого бедра.

8. Обоснование диагноза

На основании:

- Данных анамнеза заболевания - со слов матери, заболевание у девочки впервые было выявлено в 1 год 3 месяца, когда она стала ходить и хромать. Мать девочки также отмечала укорочение левой конечности у ребенка, проксимальное смещение кожных складок бедер с левой стороны, более высокое расположение ягодичной складки с левой стороны. С данными жалобами мать обратилась к участковому педиатру. После обследования в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочка была направлена в Витебскую детскую областную клиническую больницу для лечения с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

С 09.07.2012 по 21.07.2012 г. девочка находилась на обследовании и лечении в травматологическом отделении Витебской детской областной клинической больнице. 20.07.2012 г. девочке было проведено вправление вывиха левого бедра, наложена циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I» под наркозом. Выполнен рентгенологический контроль в гипсе.

При выписке были даны следующие рекомендации: домашний режим, через 2 месяца явка в травматологическое отделение ВДОКБ на стационарное лечение со справкой о контактах с инфекционными больными, результатами мазков на ОКЗ ребёнка и матери, результатами анализов крови, мочи.

Состоит на диспансерном учете у ортопеда.

19.09.2012 г. в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочке было выдано направление в травматологическое отделение УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» для снятия гипсовой повязки и дальнейшего обследования и лечения.

20.09. 2012 г. девочка госпитализирована в травматологическое отделение ВДОКБ с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

- Данных объективного исследования - девочка самостоятельно не ходит, так как ей наложена гипсовая циркулярная повязка в положении «Лоренц I». Ноги согнуты до угла 90 градусов в тазобедренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фронтальной плоскости. Циркулярная гипсовая повязка не жмет. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, трофических и двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

- Данных рентгенологического исследования (20.09.2012 г.) - наблюдается уплощение вертлужной впадины слева. Проксимальный конец бедренной кости слева расположен выше линии Келлера, кнаружи от линии Омбредана. Наблюдается смещение проксимального конца левой бедренной кости вверх и латерально. Ацетабулярный индекс слева увеличен; наблюдается разница ацетабулярного индекса с обеих сторон. Угол Виберга слева уменьшен. Наблюдается увеличение шеечно-диафизарного угла и искривление дуги Шентона-Кальве слева.

Можно выставить следующий диагноз:

Основной: Врождённый вывих левого бедра.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: нет.

1. Лечение

Врожденный вывих бедра представляет собой тяжелую степень дисплазии тазобедренного сустава и является одной из наиболее часто встречающихся деформаций опорно-двигательного аппарата, ведущей к нарушению статики и трудоспособности пациента.

Под дисплазией тазобедренного сустава понимают нарушение развития костно-хрящевой основы, связочно-капсульного и мышечного аппаратов сустава.

Залог успеха при лечении — в раннем применении функци­онального метода лечения, основной принцип которого состоит в достижении центрации головки бедра на вертлужную впадину пу­тем постепенного отведения и сгибания бедер, в удержании в этом положении с сохранением подвижности в суставе до полного ана­томического восстановления тазобедренного сустава.

***Для устранения предвывиха (дисплазии)*** достаточным являет­ся широкое пеленание с помощью сложенной в несколько слоев пеленки, фиксируемой в промежности другой пеленкой в виде треугольника. Это позволяет удержать ноги новорожденного в положении отведения и сгибания в тазобедренных суставах. Если в возрасте 1 мес сохраняется симптом соскальзывания, а на рен­тгенограмме выявляется неполная центрация головки бедра на вертлужную впадину, необходимо начать лечение шинами-распор­ками. После прекращения широкого пеленания рекомендуются массаж, лечебная гимнастика.

*Первое упражнение:* ноги ребенка сгибают в тазобедренных и коленных суставах, отводят до плос­кости пеленального стола без насилия, затем приводят в обратное положение и выпрямляют;

*Второе упражнение:* в положении со­гнутых в тазобедренных и коленных суставах ног с разведением производят вращательные движения с легким усилием по оси бед­ра.

Упражнения выполняют 4—5 раз в сутки перед кормлением до 8—12 упражнений за один сеанс.

***Для лечения подвывиха бедер в возрасте от 1 мес до 1 года*** хорошо зарекомендовала себя отводящая постоянно фиксирующая шина-распорка (Л. Е. Лактаева). Методика проста: в положении отведения и сгибания ног в коленных и тазобедренных суставах на голени над голеностопными суставами накладывают манжетки из мягкой ткани, к ним фиксируют палочку-распорку (25—30—35 см), обернутую той же тканью. В течение 3—4 нед происходит цент-рация головки на вертлужную впадину. Сроки фиксации 3—5 мес. Осложнений не наблюдается. Для лечения подвывиха применяют и другие приспособления: шину Виленского, «шину-палочку» из винипласта Рижского НИИ травматологии и ортопедии, отводя­щую шину ЦИТО, подушку Фрейка, стремена Павлика.

***Лечение врожденного вывиха бедра*** — задача более сложная. С периода новорожденности до 6 мес лечение проводят по функ­циональной методике на отводящей постоянно фиксирующей шине-распорке в течение 4—6 мес. Возможно применение выше­указанных приспособлений. Обычно вправление-центрация голов­ки бедра происходит в течение 3—4 нед, что контролируется пол­ным отведением (до 90°) бедер и рентгенографией. После центрации головки бедра во впадине через 1—1,5 мес применяют мас­саж ягодичных мышц, лечебную гимнастику.

Если в течение 2 мес вывих на отводящих шинах вправить не удалось, целесообразно пе­рейти к постепенному вправлению с помощью функциональной облегченной гипсовой повязки.

***В случае позднего диагноза вы­виха бедра (от 6 до 12 мес)*** рекомендуется комбинированный ме­тод лечения: в течение месяца применение отводящей шины-рас­порки для постепенного преодоления ретракции мышц-аддукто­ров, затем использование облегченной функциональной гипсовой повязки для вправления вывиха и удержания центрированной го­ловки бедра во впадине.

Методика наложения облегченной гипсовой повязки: на нож­ки ребенка, согнутые в тазобедренных и коленных суставах до 90°, накладывают от верхней трети бедра до нижней трети голени ватно-марлевые прокладки и гипсовые повязки, ножки ребенка без насилия отводят и к гипсовым повязкам фиксируют палочку-рас­порку (при высоком вывихе придают ножкам аксиллярное поло­жение). Через 5—7 дней отведение увеличивают сменой пал­ки-распорки. Через 3—4 этапа головка бедра обычно вправляется в вертлужную впадину, что подтверждается клинически (выраже­ны и симметричны бедренно-ягодичные складки) и рентгеногра­фией.

Через 5—6 мес повязку снимают, но еще в течение 2—3 мес ребенок должен находиться в шине-распорке или шине Виленского. Необходимы массаж и лечебная гимнастика.

***У детей в возрасте 1—2 лет*** добиться самопроизвольного вправле­ния врожденного вывиха бедра на отводящих шинах, приспособле­ниях удается крайне редко. Большинство ортопедов рекомендуют од­номоментное закрытое вправление по методам Лоренца, Зацепина, Шанца, Шнейдерова. Манипуляцию производят под наркозом. После вправления вывиха накладывают циркулярную гипсовую по­вязку в положении «Лоренц I» (сгибание ног до угла 90° в тазобед­ренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фрон­тальной плоскости), в процессе лечения придается положение «Ло­ренц II» — разгибание ног до тупого угла; «Лоренц III» — ноги пол­ностью разогнуты и несколько отведены. Срок фиксации составляет 8—12 мес.

По методу С. Д. Терновского и М. В. Волковас целью пре­дупреждения аваскулярного некроза головки бедра и стойких контрак­тур после вправления вывиха через месяц удаляют переднюю часть тазового отдела гипсовой повязки. Ребенок получает возможность са­диться, совершая движения вертлужных впадин вокруг головок фик­сированных бедер. Повязку снимают через 5—6 мес; после массажа и лечебной физкультуры, выполняемых в течение месяца, ребенку разрешается ходить.

При высоких вывихах бедра разработан метод постепенного вправления головки бедра в вертлужную впадину конструкциями аппарата Илизарова.

В настоящее время большинство ортопедов пришли к единому мнению, что дети старше 2 лет с врожденным вывихом бедра должны подвергаться хирургическому лечению.

***Лечение осложнений***, возникших в результате применения различных закрытых методов вправления вывиха, может носить как консервативный, так и оперативный характер.

Лечение вывихов с замедленным образованием, согласно данным рентгенографии, крыши вертлужной впадины состоит из следующих моментов: 1) удлинение сроков фиксации в гипсовой повязке либо тех или иных шинах и аппаратах на 1-3 месяца; 2) снятие фиксации в установленные сроки, но с поздним (на 1-3 месяца) разрешением наступать на ноги и ходить; 3) перевод с одного вида фиксации на другой в дневное время, например разрешение нагрузки и ходьбы в отводящей шине Виленского или разрешение нагрузки в условиях ношения подбитой на всю подошву здоровой (или благополучной после вправления) ноги набойки в 2 см для создания перекоса таза в больную сторону для более эффективного давления под углом головки на все ещё уплощенную впадину; 4) разрешение полной нагрузки на ноги в дневное время с назначением на ночь отводящей шины Виленского; 5) разрешение ходьбы, но с запрещением в течение года игр в классы, в веревочку, соскакивания с турника, колец, шведской стенки, всех видов прыжков, бега, сидения на корточках и хождения на четвереньках. Указанными методами и режимом предупреждается релюксация.

При развитии асептического некроза головки бедра полностью исключается нагрузка конечности по оси. Если сроки лечения прошли, иммобилизация снимается, но нагрузка задерживается до появления стадии склерозирования фрагментов головки. В этот период полезен массаж, сгибательные и ротационные гимнастические упражнения. Пациенту разрешается садиться, но стояние (в том числе на коленях) недопустимо. Накладывающееся при этом липкопластырное вытяжение с небольшим грузом дисциплинирует пациента и не исключает важных в этот период гимнастических занятий и массажа. Ход лечения этого осложнения контролируется рентгенографически. При неудачах вправления, а также проведенного консервативного лечения, закончившихся вывихиванием головки, а также при обращении за помощью на третьем году жизни ребёнка проводится оперативное лечение.

***Оперативное лечение врожденного вывиха бедра***.

Оперативное лечение врожденного вывиха бедра показано при большинстве вывихов у детей старше 2 лет, невправимых вывихах в возрасте 1-2 лет, а также поздних релюксациях и других осложнениях после ранее вправленных консервативными методами вывихов.

Существует около 30 разнообразных доступов к тазобедренному суставу при врожденном вывихе бедра. Наиболее употребительны доступы: передне-латеральный, продольный, идущий от гребня подвздошной кости, латеральнее ости на передне-латеральный отдел бедра (разрез Смита-Петерсена и его модификация по Вредену) и доступ с разрезом, огибающим большой вертел спереди и снизу (доступы Богданова, Олье-Мерфи-Лексера и др.).

Все операции при врожденном вывихе бедра можно разделить на несколько групп:

1. Операции открытого вправления вывиха;
2. Сочетание открытого вправления и реконструктивных операций;
3. Реконструктивные операции на основании подвздошной кости и на верхнем конце бедренной кости;
4. Паллиативные операции.

Открытое вправление врожденного вывиха бедра у детей от 2 до 8 лет существенно отличается от его вправления в возрасте старше 8 лет и подростков. У детей первой возрастной группы в случаях, когда вывих не вправляется или наступила полная релюксация после консервативного вправления, возможно проведение следующих операций.

Простое оперативное вправление вывиха бедра проводится при хорошо сформированной впадине и правильно развитой головке, когда операцией устраняется лишь мешающий вправлению перешеек сумки или завернувшийся хрящевой козырек впадины. Такая операция может быть предпринята только у детей младшей возрастной группы, когда нарушения в развитии компонентов сустава выражены нерезко.

Открытое вправление вывиха с углублением впадины получило самое большое распространение. Наиболее детально эта методика разработана Ф.Р. Богдановым, предложившим после вскрытия суставной капсулы и её частичного иссечения производить очищение впадины от мягких тканей и моделирование суставного хряща с помощью булав.

Открытое вправление вывиха бедра с реконструктивными операциями предусматривает вскрытие сустава и формирование впадины путем либо её углубления с артропластикой, либо формирования верхнего края впадины или операций, преследующих цель изменения шеечно-диафизарного угла бедренной кости для более глубокого вхождения головки во впадину.

В 1900 году Колонна предложил метод капсулярной пластики тазобедренного сустава при врожденном вывихе. Капсулопластика по Колонна состоит во вскрытии сустава в месте перешейка растянутой капсулы, иссечении той её части, которая расположена между перешейком и впадиной, перевязке лигатурой перешейка и вставлении головки, окруженной сумкой, в глубоко формируемую острыми булавами вертлужную впадину. Рядом авторов (С.О. Португалов, И.А. Мовшович, Г.М. Тер-Егиазаров и др.) эта операция значительно модифицирована: капсула может полностью иссекаться, а затем накладываться на головку после её значительного истончения по толщине слоёв. Если классический метод Колонна предусматривает его применение при высоких вывихах у старших детей, когда капсула значительно растянута, то модификации капсулопластики могут использоваться и у детей 5-8 лет при невысоких вывихах.

К реконструктивным операциям с одновременным вправлением вывиха могут быть отнесены операции глубокого формирования впадины с артропластикой ауто- и гомокожей (Каллио), амниотическими оболочками (М.В. Волков), но эти операции применяемы только у старших детей. А.Е. Фрумина широко использовала реконструкцию крыши: после полного иссечения растянутой и утолщенной сумки с помощью желобоватого долота отгибался верхний и передний края впадины, рассекалась толща тела подвздошной кости и делались множественные насечки в губчатой кости, прилегающей к отторгнутой пластинке, чтобы усилить процессы регенерации крыши. В настоящее время для этой цели широко используются кортикальные гомотрансплантаты.

Другим способом, достигающим после вскрытия сустава лучшей центрации головки, являются различные остеотомии. К наиболее ранним предложениям относится межвертельная косая остеотомия Заградничка, позволяющая устранять часто встречающуюся антеверсию шейки бедра. Операция даёт широкий доступ ко впадине, позволяет в необходимых случаях произвести углубление её; при большом укорочении мышц производится иссечение клина. Отломки фиксируются металлическим гвоздем, косо идущим из нижнего отломка к верхнему. Отсечение вертела, резекция на хорошо снабжаемой кровью подвертельной области часто приводит после этой очень травматичной операции к асептическому некрозу.

Проведение простой деротационной поперечной остеотомии в подвертельной области по Лефлеру достаточно для исправления антеверсии. Фиксация производится кортикальным гомотрансплантатом, большой вертел не отсекается; при вскрытии сустава у маленьких детей достаточно удаления мягких тканей, заполняющих впадину.

При оперативном вправлении врожденного вывиха бедра возможно только проведение реконструктивных операций, без вскрытия сустава, т.е. операций, способствующих укреплению головки во впадине без собственного вправления головки во впадину. Это фрагменты оперативных методов из указанной выше группы операций. У маленьких детей (2-5 лет) бывает достаточно произвести поперечную деротационную остеотомию для того, чтобы головка вошла во впадину; сустав при этом не вскрывается, т.е. открытое вправление как таковое не производится. Одновременно с деротацией при вальгусной деформации может быть произведена клиновидная резекция с целью придания более варусного положения шейке. Фиксация отломков может быть осуществлена гомотрансплантатом, а также штопором Сиваша, гвоздем Фишкина, металлическими пластинками с винтами.

Вторую группу внесуставных вмешательств составляют операции на подвздошной кости: реконструкция крыши с помощью ауто- и гомотрансплантатов и операции полной остеотомии таза в области основания подвздошной кости. Австрийский ортопед Хиари в 1950 году предложил горизонтальное рассечение кости долотом. При отведении бедра головка, находящаяся на уровне впадины, смещается вместе с дистальной частью подвздошной кости и впадиной кнутри и становится покрытой костным навесом. В СССР операция Хиари впервые произведена и внедрена М.В. Волковым, предложившим для рассечения подвздошной кости пользоваться пилой Джигли, заводящейся в большое тазовое кольцо специальным направителем дугообразной формы; такую же форму имеют и специальные распаторы. Рассечение приводящих мышц бедра делать не следует, так как их натяжение способствует смещению костей таза. Остеотомию таза при антеверсии нередко следует сочетать одновременно с деротационной остеотомией бедра. Операция дает эффект лишь при подвывихах или вывихах, переведенных в подвывих путем интенсивного вытяжения, а также при проведении низких остеотомий непосредственно над впадиной. После операции накладывается в положении отведения обоих бедер и внутренней их ротации гипсовая тазобедренная повязка с палкой-распоркой (на неоперированную ногу – гипсовая повязка до нижней трети бедра). Срок иммобилизации 2 месяца, после чего круговая повязка на оперированной ноге превращается в заднюю лонгету и при фиксированном гипсом тазе в течение последующего месяца производятся сгибательные движения в тазобедренном суставе, затем разрешается нагрузка (первые недели – при пользовании костылями).

Канадским ортопедом Солтером в 1957 году предложено принципиально другое оперативное вмешательство в той же области основания подвздошной кости. Оно состоит в рассечении кости пилой Джигли и введении в расщеп между отломками треугольного костного аутотрансплантата, взятого из крыла подвздошной кости. При этом дистальный отломок принимает более наклонное кнаружи положение и тем самым ранее свободная головка накрывается подвздошной костью.

Послеоперационные осложнения

Открытое вправление врожденного вывиха бедра, как и мно-

гие операции на тазобедренном суставе, относится к числу боль-

ших и травматичных оперативных вмешательств, протекающих

с большой кровопотерей. Травматичность открытого вправления

возрастает в тех случаях, когда его приходится дополнять остео-

томией бедренной кости или реконструкцией крыши вертлужной

впадины. Отсюда вытекает большая возможность послеопераци-

онных осложнений.

При костнопластических операциях в организме больного на-

ступают значительные гемодинамические сдвиги, являющиеся

важным компонентом общей ответной реакции организма^ на хи-

рургическую травму, кровопотерю и наркоз (Н. Б. Меняйлов).

Большинство ортопедов делят эти осложнения на общие и ме-

стные. К общим осложнениям относятся: шок, пневмония, гной-

ный отит и пр., к местным — нагноение в области операционной

раны, остеомиелит головки бедра, релюксации (ранние — на

операционном столе или в гипсовой повязке, поздние — после сня-

тия гипсовой повязки в восстановительном периоде).

123П о с л е о п е р а ц и о н н ы й ш о к наблюдался в единичных

случаях и обычно проявлялся падением артериального давления,

общей резкой бледностью, слабым частым пульсом и пр. Развива-

лось это состояние у детей через 5—6 часов после операции и до-

вольно быстро проходило после инъекции кордиамина, внутривен-

ного введения 40% раствора глюкозы, переливания 200—300 мл

крови и других противошоковых мероприятий. С целью профилак-

тики послеоперационного шока все операции мы производили с од-

новременным переливанием крови, полиглюкина и других противо-

шоковых жидкостей. В послеоперационном периоде практикова-

лось поднятие ножного конца кровати, что создавало условия для

притока крови к мозговым центрам и, кроме того, способствовало

профилактике послеоперационного отека оперированной конеч-

ности.

Н а г н о е н и е р а н ы после операции тесно связано с после-

операционными гематомами, которые нередко наблюдаются в об-

ласти тазобедренного сустава. Образование этих гематом вполне

возможно после большой по объему операции, при которой по-

вреждается значительное количество мелких сосудов. Возникно-

вению гематомы способствует также необходимость формирования

острыми фрезами вертлужной впадины с повреждением губчатой

кости. Полная остановка кровотечения в таких случаях не всегда

возможна. Своевременная эвакуация гематомы нередко предупреж-

дает нагноение, которое может привести к более тяжелому пора-

жению суставных фрагментов.

В послеоперационном периоде мы у большинства больных от-

метили выраженный отек в области оперированного сустава. Не-

редко этот отек свидетельствовал о наличии гематомы, при этом

отмечалось повышение температуры (до 38°), но не было заметных

изменений картины крови. Своевременная эвакуация гематомы на

2—3-й день после операции предупреждала дальнейшие осложне-

ния. Однако в тех случаях, когда мы это не делали, гематома спо-

собствовала более тяжелым осложнениям (например, развивался

остеомиелит головки бедренной кости).

О с т е о м и е л и т г о л о в к и б е д р е н н о й к о с т и относит-

ся к очень серьезным и опасным для жизни ребенка осложнени-

ям. Переносится он детьми очень тяжело и заканчивается значи-

тельной деформацией и тугоподвижностью тазобедренного суста-

ва. Возникновение этого осложнения чаще всего обусловлено

наличием гематомы и гнойного очага вне операционного поля (па-

нариций, гнойный отит и пр.). Такая эндогенная инфекция, с на-

шей точки зрения, более опасна, чем та, которая может проник-

нуть в рану от окружающих предметов. При анализе причин

остеомиелита головки бедра у наших больных мы отметили следую-

124щие факты: у одной больной на 10-й день после операции был ди-

агностирован гнойный отит, у другой — нагноение гематомы на-

ступило через 1 месяц после операции {по снятии гипса); причи-

ной гнойного осложнения у нее послужил паронихий пальца ки-

сти. Лечение остеомиелита головки бедра заключается во вскрытии

операционной раны и эвакуации гноя, антибиотикотерапии, пере-

ливании крови и жидкостей, длительной иммобилизации и дли-

тельной разгрузке.

Р е л ю к с а ц и я г о л о в к и б е д р е н н о й к о с т и является

одним из серьезных послеоперационных осложнений. Наблюдают-

ся ранние релюксации, которые возникают на операционном столе

в момент наложения или после наложения гипсовой повязки в ре-

зультате приведения и наружной ротации нижней конечности, и

поздние релюксации, развивающиеся постепенно уже после сня-

тия гипса в период восстановительного лечения.

А в а с к у л я р н ы й н е к р о з г о л о в к и б е д р а является

одним из тяжелых и довольно часто возникающих поздних ослож-

нений. Обычно оно выявляется через 5—6 месяцев после вправ-

ления. Связь этого осложнения с нарушением питания головки у

оперированных больных не вызывает сомнения, так как оно наб-

людалось чаще у тех больных, у которых мобилизация головки

сочеталась с остеотомией бедренной кости.

П а р е з ы и п а р а л и ч и периферических нервов также не-

редко встречаются после открытого вправления врожденного вы-

виха бедра. Седалищный нерв можно случайно повредить непо-

средственно в ране. Правильный выбор доступа исключает такую

возможность, так как все манипуляции с капсулой, головкой и

впадиной производятся вдали от места прохождения седалищно-

го нерва. Следует также иметь в виду возможность сдавления ма-

лоберцового нерва гипсовой повязкой (у головки малоберцовой

кости). Причиной пареза может быть натяжение сосудисто-нерв-

ного пучка при вправлении высоко смещенной бедренной голов-

ки, особенно если не производилось предварительное скелетное

вытяжение. По мнению Scaglietti и Colandriello, парезы перифе-

рических нервов наблюдаются часто у более старших детей (стар-

ше 5 лет) и связаны с перерастяжением седалищного нерва при

низведении высокостоящей головки. Как одно из средств пред-

упреждения такого осложнения авторы рекомендуют накладывать

повязку при согнутом коленном суставе.

Лечение этого осложнения следует проводить консервативны-

ми средствами. Для профилактики pes equinus применяют задние

гипсовые шинки на стопу и голень, проводят лечение комплексом

витаминов группы В, применяют физиотерапевтические средства

(парафин, ионофорез с йодистым калием и пр.).

125Одним из очень, серьезных осложнений при открытом вправ-

лении вывиха бедра являются п е р е л о м ы к о с т е й — переломы

вертлужной впадины, протрузия головки в полость таза, перело-

мы шейки бедра. После открытого вправления с остеотомией бед-

ра или внесуставной деторсионной остеотомии иногда наблюдают-

ся переломы гомотрансплантата — фиксатора. Это серьезное ос-

ложнение почти всегда вынуждает к повторным оперативным вме-

шательствам. В последнее время мы применяем только металли-

ческие конструкции для фиксации фрагментов бедренной кости.

Послеоперационное восстановительное лечение больных

Функциональное лечение больных, оперированных по поводу

врожденного вывиха бедра, мы, как и А. Ф. Каптелин, разделяем

на четыре периода: предоперационный и три послеоперационных.

Первый период должен длиться 7—10 дней, второй — 14 дней, тре-

тий начинается после снятия гипсовой повязки. Основная задача

третьего периода — восстановление амплитуды движения в опери-

рованном суставе; необходимо также повысить силу и работоспо-

собность ослабленных мышц. Четвертый период начинается после

того, как ребенка ставят на ноги.

Предоперационный первый период необходимо использовать

для выявления способов компенсации функциональных наруше-

ний, имеющихся у больного, с целью оказать влияние на них пос-

ле операции, так как порочный стереотип движения сохраняется

у больного длительное время после восстановления нормальных

анатомических соотношений в суставе. Крайне полезно, учитывая

особенности возрастной физиологии (недостаточно четкую коор-

динацию движений), воспитывать у ребенка до операции умение

выполнять необходимые ему в дальнейшем физические упражне-

ния, научить его расслаблению мышц и пользованию специальны-

ми приспособлениями (А. Ф. Каптелин). Следует считать нерацио-

нальными в данном периоде лечения интенсивные упражнения и

повышение тонуса мышц, перекидывающихся через тазобедрен-

ный сустав.

В первом послеоперационном периоде длительность пребыва-

ния больного в гипсовой повязке зависит от характера оператив-

ного вмешательства.

После простого открытого вправления дети находятся в гипсе

в течение 2—3 педель, а после вправления вывиха с деторсионной

остеотомией бедра эти сроки удлиняются на 2—3 недели. Однако,

если костные фрагменты после остеотомии прочно фиксированы

металлическими конструкциями, эти сроки можно значительно

уменьшить. После внесуставных операций (деторсионная остеото-

126мия, остеотомия таза) иммобилизация продолжается 6—8 недель,

так как после них очень редко развивается тугоподвижность тазо-

бедренного сустава. При проведении открытого вправления с одно-

временной остеотомией или резекцией бедра срок иммобилизации

составляет 4—6 недель. В период пребывания ребенка в гипсовой

повязке необходимо проводить функциональное лечение. В бли-

жайшие дни после операции с целью улучшения жизнедеятельно-

сти организма ребенка применяют общеукрепляющую гимна-

стику. Подбирают упражнения, вовлекающие мускулатуру верхних

конечностей, спины и живота, а также другой нижней конечности.

Целью гимнастики в этот период является повышение общего то-

нуса организма, но не укрепление мышц оперированной конечно-

сти. Именно поэтому в период пребывания больного в гипсе

А. Ф. Каптелин но рекомендует производить изометрическое (ста-

тическое) напряжение мышц оперированной конечности.

Второй период послеоперационного лечения начинается после

снятия гипсовой повязки. Гипсовую повязку не рекомендуется

снимать целиком. При остеотомии бедра вначале снимают перед-

нюю стенку тазобедренной повязки, что позволяет делать присе-

дания. При остеотомии таза повязка па ноге превращается в зад-

нюю лонгету, ото дает возможность делать пассивные и активные

движения ногой. Лонгету сохраняют 1 месяц. Ведущей задачей

этого периода следует считать достижение максимальной ампли-

туды движений в оперированном суставе, профилактику контрак-

тур, наращивание силы мышц и дальнейшее общее укрепление ор-

ганизма ребенка. В этот период большое значение имеет положе-

ние больного и его конечности в постели. Обычно ноге придают

положение некоторого отведения и внутренней ротации.

Определенное место в послеоперационном периоде занимает

физио- и бальнеотерапия. Эти методы лечения относятся к треть-

ему периоду. И. А. Мовшович и А. В. Митрофанова одновременно

с лечебной физкультурой применяли ритмическую фарадизацию

ягодичных мышц. С целью уменьшения болевых ощущений мы ис-

пользовали гальванизацию с новокаином. При восстановительном

лечении известное применение получили парафиновые аппликации

и горячие укутывания.

Но имеющимся наблюдениям, применение интенсивного тепло-

лечения (парафин, озокерит) в ранние сроки после операции в

ряде случаев увеличивает отечность мягких тканей в области су-

става и ограничивает движения. Для расслабления мышц и увели-

чения амплитуды движений мы применяли общие тепловые ван-

ны, занятия в бассейне.

Основное значение для восстановления функции тазобедренно-

го сустава во втором послеоперационном периоде имеет лечебная

127физкультура. В этом периоде мы применяли специальные физиче-

ские упражнения. Лечебную гимнастику начинали с пассивных

упражнений с постепенно возрастающей амплитудой движений и

сменой положений в тазобедренном и коленном суставах. Через

2—3 недели к ним присоединяли активные упражнения облегчен-

ного характера. Облегчение движений достигается скольжением

нижней конечности по полированной панели с использованием ро-

ликовой тележки, уравновешиванием конечности с помощью бло-

ковой установки, а также выполнением движений в воде. Фикса-

ция таза больного осуществлялась с помощью специальною фик-

сирующего ремня ЦИТО. Детей с одинаковым сроком с момента

операции целесообразно объединить для проведения групповых

занятий по лечебной физкультуре.

Особенно большое внимание должно быть уделено активным

упражнениям на отведение бедра для укрепления ягодичных

мышц.

Лечебная гимнастика дополняется .массажем ягодичных мышц,

мышц спины, живота и бедра. Весь этот период является подго-

товкой ребенка к обучению ходьбе.

При решении вопроса о том, когда следует ставить ребенка

на ноги, мы исходили из возраста ребенка, состояния тазобедрен-

ного сустава, амплитуды движений в оперированном суставе и

одно- или двухсторонности поражения. Мы не спешим ставить ре-

бенка на ноги. Ранняя нагрузка не способствует увеличению объ-

ема движений. Наличие сгибательно-приводящей контрактуры и

асептического некроза головки бедра является противопоказанием

для нагрузки оперированного сустава и требует длительного по-

стельного режима. При отсутствии осложнений оптимальным сро-

ком для поднимания больного на ноги мы считаем срок 0 месяцев.

С этого момента начинается последний период послеоперационно-

го восстановительного лечения. Для подростков 10—16 лет период

постельного режима удлиняется до 1 года.

Задачей последнего, третьего, послеоперационного периода яв-

ляется увеличение достигнутой амплитуды движений, укрепле-

ние мышц оперированного сустава и обучение правильной ходьбе.

Для этой цели применяют сконструированные А. Ф. Каптелиным

поручни, сани, козелки. Предохраняя ребенка от падения при пер-

вых самостоятельных шагах, полезно слегка поддерживать его за

специальные лямки. Воспитанию правильной походки и увеличе-

нию длины шага способствуют дорожки со следами стоп. Исполь-

зование ходьбы по следам в различных направлениях (боком, по

кругу) дает возможность, кроме того, добиться правильной уста-

новки конечности и укрепить мускулатуру тазового пояса. При

обучении ходьбе, помимо правильной установки ног, нужно сле-

128дить за устранением различных дополнительных движений ком-

пенсаторного характера в виде бокового наклона корпуса, наклона

таза, отведения руки л сторону и т. д. Ходьба вначале должна

быть непродолжительной (5—10 минут), постепенно удлиняться

до 30 минут и чередоваться с отдыхом. Кроме ходьбы, па данном

этапе лечения используют активные упражнения в положении

стоя. Больной производит приседание, отведение больной ноги и

сгибание ее, а также маховые движения ногой, вначале придер-

живаясь руками за спинку кровати.

Необходимо особо подчеркнуть пользу физических упражнений

в воде, применяемых начиная с третьего этапа лечения. В силу

болеутоляющего и расслабляющего действия теплой воды на му-

скулатуру, а также снижения нагрузки активные движения в ван-

не или бассейне благоприятствуют увеличению амплитуды движе-

ний в суставах нижних конечностей после вправления головки

бедра. Этот период следует проводить в условиях санатория для

восстановительного лечения больных с заболеваниями и поврежде-

ниями опорно-двигательного аппарата, где имеются бассейн, зим-

ний солярий, грязелечение, гимнастические залы. Для получения

полного комплекса послеоперационного лечения дети должны на-

ходиться в стационаре (включая реабилитационные отделения)

не менее 1 года. В противном случае ребенок нередко возвращает-

ся в стационар с контрактурами и резко нарушенной походкой,

устранение которых представляет большие трудности.

Консервативные методы лечения (по показаниям) обеспечи­вают лучшие результаты. Полное анатомическое и функциональ­ное восстановление тазобедренного сустава удается получить при лечении на 1-м месяце жизни ребенка в 100 % случаев, в возра­сте от 2 до 6 мес — в 89,2%, от 6 до 12 мес — в 78%, в возрасте 1—2 лет — в 57,2% (Л. Е. Лактаева). Оперативное вмешательство является очень травматичным мероприятием; при врожденном вывихе бедра оно не устраняет полностью анатомических и функ­циональных изменений.

Задачами восстановительного лечения при закрытом вправлении вывиха бедра являются: 1. стимуляция регенеративно-трофических процессов; 2. улучшение функционального состояния мышц области тазобедренного сустава; 3. адаптация сустава к изменившимся анатомическим соотношениям после вправления; 4.стимуляция репаративных процессов; 5. восстановление функции тазобедренного сустава; 6. общеукрепляющее лечение.

Дети, которые лечились по поводу врожденного подвывиха и вывиха бедра, должны находиться на диспансерном наблюдении до завершения пубертатного периода.

Лечение данной пациентки.

На данном этапе лечения пациентке показано восстановительное консервативное лечение.

Стол № 4.

20.09.2012 - снята циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I».

20.09.2012 – одета шина Виленского.

Пациентке назначено следующее лечение:

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

Задача лечебной физкультуры – укрепление мышц тазобедренного сустава и организация двигательной активности ребенка, достаточной для полноценного физического развития. Массаж проводится с целью расслабления мышц бедра.

Цель лечебной физкультуры – стабилизация тазобедренного сустава, восстановление нормального объёма движений, повышение уровня здоровья ребенка, улучшение психоэмоционального и физического состояния ребёнка, функционального состояния нервно-мышечного аппарата.

Лечебная физкультура в этом периоде направлена на повышение общего тонуса организма, улучшение функции дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Назначают упражнения общеукрепляющего характера, вовлекающие мускулатуру верхних конечностей, спины, живота, другой нижней конечности. Дыхательная гимнастика назначается с целью предупреждения гипостатической пневмонии.

1. Течение заболевания до дня курации

Пациентка госпитализирована в травматологическое отделение Витебской детской областной клинической больницы 20.09.2012 г. с диагнозом – врожденный вывих левого бедра. При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Объективно: девочка самостоятельно не ходила, так как ей наложена гипсовая циркулярная повязка в положении «Лоренц I». Ноги согнуты до угла 90 градусов в тазобедренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фронтальной плоскости. Циркулярная гипсовая повязка не жмет. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, трофических и двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

20.09.2012 - пациентке снята циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I».

20.09.2012 – одета шина Виленского.

20.09.2012 г. проведено рентгенологическое исследование тазобедренных суставов в прямой проекции:

Наблюдается уплощение вертлужной впадины слева. Проксимальный конец бедренной кости слева расположен выше линии Келлера, кнаружи от линии Омбредана. Наблюдается смещение проксимального конца левой бедренной кости вверх и латерально. Ацетабулярный индекс слева увеличен; наблюдается разница ацетабулярного индекса с обеих сторон. Угол Виберга слева уменьшен. Наблюдается увеличение шеечно-диафизарного угла и искривление дуги Шентона-Кальве слева.

Заключение: определяется врожденный вывих левого бедра.

Пациентке было назначено восстановительное консервативное лечение.

Стол № 4.

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

Во время пребывания в стационаре температура тела пациентки в норме.

После наложения шина Виленского не беспокоила. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены. Наблюдалась асимметрия кожных складок бедер – смещение складок с левой стороны проксимально. Общее состояние девочки удовлетворительное.

1. Дневники наблюдения

04.10.2012 г. Жалоб нет. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела – 36,7.

Объективно: сознание ясное, кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 30 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 110 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 110 в минуту. Артериальное давление – 97/45 мм.рт.ст.

Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания.

Status localis. Шина Виленского на месте, не беспокоит. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены. Наблюдалается асимметрия кожных складок бедер – смещение складок с левой стороны проксимально. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

Стул был, консистенция кала – оформленный, мягкий, цвет – светло-коричневый, акт дефекации безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Суточное количество мочи около 700 мл в сутки; цвет мочи светло-желтый.

Назначения:

Стол № 4 .

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

05.10.2012 г. Жалоб нет. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела – 36,6.

Объективно: сознание ясное, кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 28 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 110 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 110 в минуту. Артериальное давление – 97/45 мм.рт.ст.

Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания.

Status localis. Снята шина Виленского. Девочка самостоятельно не ходит. Наблюдалается асимметрия кожных складок бедер – смещение складок с левой стороны проксимально. С левой стороны укорочения конечности не выявлено. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

Стул был, консистенция кала – оформленный, мягкий, цвет – светло-коричневый, акт дефекации безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Суточное количество мочи около 700 мл в сутки; цвет мочи светло-желтый.

Назначения:

Стол № 4 .

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

Выписывается домой под наблюдение участкового педиатра.

1. Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 2 года, находилась на стационарном лечении в травматологическом отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 20.09.2012 по 05.10.2012. При поступлении жалоб со стороны матери не было.

Из анамнеза заболевания известно, что заболевание у девочки впервые было выявлено в 1 год 3 месяца, когда она стала ходить и хромать. Мать девочки также отмечала укорочение левой конечности у ребенка, проксимальное смещение кожных складок бедер с левой стороны, более высокое расположение ягодичной складки с левой стороны. С данными жалобами мать обратилась к участковому педиатру. После обследования в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочка была направлена в Витебскую детскую областную клиническую больницу для лечения с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

С 09.07.2012 по 21.07.2012 г. девочка находилась на обследовании и лечении в травматологическом отделении Витебской детской областной клинической больнице. 20.07.2012 г. девочке было проведено вправление вывиха левого бедра, наложена циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I» под наркозом. Выполнен рентгенологический контроль в гипсе.

При выписке были даны следующие рекомендации: домашний режим, через 2 месяца явка в травматологическое отделение ВДОКБ на стационарное лечение со справкой о контактах с инфекционными больными, результатами мазков на ОКЗ ребёнка и матери, результатами анализов крови, мочи.

Состоит на диспансерном учете у ортопеда.

19.09.2012 г. в УЗ «Лиозненская ЦРБ» девочке было выдано направление в травматологическое отделение УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» для снятия гипсовой повязки и дальнейшего обследования и лечения.

20.09. 2012 г. девочка госпитализирована в травматологическое отделение ВДОКБ с диагнозом: врожденный вывих левого бедра.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное.

При объективном исследовании выявлено: девочка самостоятельно не ходит, так как ей наложена гипсовая циркулярная повязка в положении «Лоренц I». Ноги согнуты до угла 90 градусов в тазобедренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фронтальной плоскости. Циркулярная гипсовая повязка не жмет. Пальцы стоп подвижные, теплые, нарушения чувствительности, трофических и двигательных расстройств не выявлено. Кожные покровы бледно-розового цвета, гиперемии и отечности не выявлено.

20.09.2012 - пациентке снята циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I».

20.09.2012 – одета шина Виленского.

20.09.2012 г. проведено рентгенологическое исследование тазобедренных суставов в прямой проекции:

Наблюдается уплощение вертлужной впадины слева. Проксимальный конец бедренной кости слева расположен выше линии Келлера, кнаружи от линии Омбредана. Наблюдается смещение проксимального конца левой бедренной кости вверх и латерально. Ацетабулярный индекс слева увеличен; наблюдается разница ацетабулярного индекса с обеих сторон. Угол Виберга слева уменьшен. Наблюдается увеличение шеечно-диафизарного угла и искривление дуги Шентона-Кальве слева.

Заключение: определяется врожденный вывих левого бедра.

На основании данных анамнеза заболевания, данных объективного и рентгенологического исследования пациентке поставлен клинический диагноз: врожденный вывих левого бедра.

Пациентке было назначено восстановительное консервативное лечение.

Стол № 4.

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

05.10.2012 г. девочке снята шина Виленского.

05.10.2012 г. пациентка выписана домой без улучшения под наблюдение участкового педиатра. Наблюдаются объективные и рентгенологические признаки врожденного вывиха левого бедра.

Рекомендовано: массаж и лечебная физкультура, полноценное и сбалансированное питание, прием витаминов группы В, наблюдение у участкового педиатра и врача-ортопеда по месту жительства, госпитализация через 6 месяцев в ВДОКБ для хирургического лечения.

Заключительный диагноз:

Основной: Врождённый вывих левого бедра.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: нет.

1. Прогноз

Нарушение биомеханики тазобедренного сустава в результате дисплазии может привести к тяжёлым нарушениям функции нижних конечностей, к инвалидизации, как непосредственно с первых шагов ребёнка, так и во взрослой жизни.

Социальный и трудовой прогноз исходов лечения пациентов с врожденным вывихом бедра имеет прямую зависимость от сроков начала лечения, использованной методики и последующей реабилитации. При анализе причин инвалидности среди обследованных больных в зависимости от примененного метода лечения врожденного вывиха бедра в детском возрасте выявлено, что инвалидность у больных, получавших лечение по методу Лоренца (одномоментное закрытое вправление под наркозом) составляет 36%, среди же больных, лечившихся функциональными методами закрытого вправления врожденного вывиха бедра и дистракционным способом, инвалидность составила 14%, а в группе “нелеченных” больных 26%. После проведенных операций на тазобедренном суставе уже в первые 15 лет трудовой деятельности возрастают процессы декомпенсации. Инвалидность после операции открытого вправления составляет - 51% ( 3 группа-29%, 2 группа- 22%, “инвалид с детства”- 40%), после остеотомии таза по Хиари инвалидность составляет 17% (3 группа- 10%, 2 группа- 7%), после корригирующих операций на бедренном компоненте тазобедренного сустава в среднем инвалидами становятся в 19% случаях (3 группа).

Прогноз у данной пациентки для жизни и здоровья благоприятный, при условии полного восстановления функции поврежденной конечности.

Прогноз для функционально-анатомического восстановления условно благоприятный, при условии успешного хирургического лечения и соблюдения всех рекомендаций врача.

1. Профилактика

Профилактика врожденных пороков.

Первичная профилактика направлена на оздоровление окружающей среды и на принятие ряда мер по улучшению здоровья родителей перед и во время предстоящей беременности с целью предупреждения формирования и развития плода с врожденной патологией. Эта профилактика проводится на четырех уровнях онтогенеза человека.

Первый уровень – прегаметический**.**  На этом уровне проводят мероприятия по охране окружающей среды и здоровья родителей в репродуктивном возрасте.

Охрану окружающей среды с генетической точки зрения необходимо осуществлять посредством удаления из нее мутагенных факторов, терато- и канцерогенов. Этого можно достичь путем уменьшения вредных выбросов в атмосферу, снижения уровня загрязнения почвы солями тяжелых металлов, сточных и подземных вод ядохимикатами, пестицидами. Большое значение в санации окружающей среды имеют складирование и утилизация отходов радиоактивного топлива в отдаленных и малозаселенных регионах страны.  
Охрану здоровья семьи в репродуктивном возрасте родителей следует осуществлять путем своевременного выявления и лечения соматической, андрологической, гинекологической патологии, соблюдения режима дня, рационального питания.

Второй уровень – презиготический**.**  По показаниям родителям проводят медико-генетическое консультирование с обследованием семьи и преконцепционной профилактикой, что позволяет выявить следующие факторы риска для гамето- и эмбриогенеза:

- профессиональные и бытовые вредности;

- отягощенность генетического и акушерского анамнезов;

- уровень здоровья супругов;

- нарушения гормональной функции;

- патологии сперматогенеза;

- цитогенетические нарушения;

- десинхронизацию репродуктивных процессов;

- соматические патологии; носительство инфекций;

- генеалогическую и андрологическую патологии.

Преконцепционная профилактика, кроме медико-генетического консультирования, включает превентивную санацию и устранение потенциальных терато- и мутагенов; синхронизацию репродуктивных процессов в период эмбриогенеза. Суть превентивной санации заключается в том, что при выявлении патологии у супругов им проводят ряд мероприятий, направленных на нормализацию условий раннего онтогенеза, дают рекомендации по устранению потенциальных терато- и мутагенов за 2-3 мес до беременности. Также необходимо уделять должное внимание синхронизации репродуктивных процессов – планированию зачатия в летне-осенний период, выбору времени зачатия в соответствии с овуляцией.  
Для ликвидации патологических процессов в организме, нормализации обменных процессов, повышения устойчивости к негативным экологическим факторам, создания благоприятных условий для гамето- и эмбриогенеза за 3 мес до зачатия родителям рекомендуют диету, богатую содержанием фолиевой кислоты, витаминами В, С, Е, РР, назначают поливитамины типа Прегнавит, Элевит Пронаталь. Комплекс вышеуказанной терапии положительно влияет как на работу органов и систем, так и на создание благоприятных условий для гамето- и эмбриогенеза.

Третий уровень – пренатальный**.** После наступления беременности, на 9-11-й неделе проводят УЗИ плода и определяют уровни a-фетопротеина, хорионического гонадотропина человека на сроках 14-20 нед, после чего по показаниям выполняют амнио-, плаценто- и кордоцентез. На 16-21 нед осуществляют повторное УЗИ плода.

Вышеуказанная методика ведения беременности у женщин после преконцепционной профилактики дает возможность значительно снизить частоту осложнений беременности (гестозов, угрозы прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности, дистресса плода). За счет оптимальных тканевых биоэнергетических и биосинтетических процессов, нормализации гомеостаза организма матери необходимость применения инвазивных методов пренатальной диагностики сокращается в два раза.

Четвертый уровень – постнатальный**.**  Новорожденного осматривают врач-неонатолог, а также врач-генетик с использованием соматогенетического исследования с синдромологическим анализом и дополнительных методов клинико-генетического обследования. Повторные осмотры проводят в 3; 6 и 12 мес.

Профилактика врожденного вывиха бедра.

 Состоит в прерывании патологического процесса на ранних стадиях развития сустава с помощью лечебных мер, которые позволили бы управлять этим процессом и направлять по пути нормального развития всех его тканевых структур. Это тем более важно, так как лечебная тактика в первые месяцы жизни ребенка не зависит от степени тяжести патологии.

Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра**.**

Наличие дисплазии суставов у родителей, тазовое предлежание плода, крупный плод, деформация стоп, гестозы беременных 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](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D0%B0_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0) по врождённому вывиху бедра.

На врожденный вывих бедра указывает отягощенная наследственность, патология беременности, клинические признаки нестабильности тазобедренного сустава, или признаки смещения головки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине.

[Ультразвуковое](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA) и [рентгенологическое](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD) исследование, информативные и чрезвычайно важные методы диагностики, являются вторичными по отношению к клиническим методам.

Своевременно заподозрить или поставить диагноз должен врач ортопед при осмотре новорождённых в родильном доме. Далее больные дети и дети [группы риска](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D0%B0_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0) 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](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%82%D0%B8) должны наблюдаться ортопедом и должны быть обследованы с применением ультразвукового, а с 3-х месячного возраста с применением рентгеновского [метода](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4). Диагноз окончательно формулирует [врач](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%80%D0%B0%D1%87) [ортопед](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4)  по месту жительства на основании осмотра, результатов инструментальных методов и на основании динамического наблюдения ребёнка.

1. Особенности течения заболевания у данной пациентки

В процессе курации выявлены следующие особенности течения заболевания у данной пациентки:

Поздняя диагностика патологии опорно-двигательного аппарата ребенка. Первые признаки врожденного вывиха левого бедра у девочки были выявлены в 1 год 3 месяца, когда она стала ходить и хромать.

Позднее начало лечения врожденного вывиха левого бедра у ребенка. С 09.07.2012 по 21.07.2012 г. девочка находилась на обследовании и лечении в травматологическом отделении Витебской детской областной клинической больнице. 20.07.2012 г. девочке было проведено вправление вывиха левого бедра, наложена циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I» под наркозом.

20.09.2012 - пациентке снята циркулярная гипсовая повязка в положении «Лоренц I».

20.09.2012 – одета шина Виленского.

20.09.2012 г. проведено рентгенологическое исследование тазобедренных суставов в прямой проекции:

Наблюдается уплощение вертлужной впадины слева. Проксимальный конец бедренной кости слева расположен выше линии Келлера, кнаружи от линии Омбредана. Наблюдается смещение проксимального конца левой бедренной кости вверх и латерально. Ацетабулярный индекс слева увеличен; наблюдается разница ацетабулярного индекса с обеих сторон. Угол Виберга слева уменьшен. Наблюдается увеличение шеечно-диафизарного угла и искривление дуги Шентона-Кальве слева.

Заключение: определяется врожденный вывих левого бедра.

Пациентке было проведено восстановительное консервативное лечение.

1. Лечебная физкультура
2. Массаж спины, ягодиц, бедер.
3. Физиотерапевтические процедуры – парафиновые аппликации на область левого тазобедренного сустава.

05.10.2012 г. девочке снята шина Виленского.

Отсутствие положительной динамики от проведенного консервативного лечения. После вправления вывиха наблюдаются объективные и рентгенологические признаки врожденного вывиха левого бедра. Вывих не вправлен.

Пациентке показана госпитализация через 6 месяцев для хирургического лечения.

Литература:

1. Хирургические болезни у детей. Под. ред. Ю.Ф. Исакова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.: ил. С. 587-598.
2. Шмаков А.П. Практикум по детской хирургии. Учебное пособие. – Витебск, издательство ВГМУ, 2001. - 290 с.
3. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. М.: 1980.
4. Усов И.Н. Спутник педиатра. Издательство «Беларусь», Минск, 1976.
5. Педиатрия: учебное пособие/ С.А. Ляликов (и др.); под ред. проф. С.А. Ляликова. – Минск: Вышэйшая школа, 2012. – 400 с.: ил.