Врожденный вывих бедра

Врожденный вывих бедра – одно из наиболее тяжелых и часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Причины возникновения данной патологии до сих пор не ясны. Существует множество теорий, пытающихся в той или иной степени объяснить этот весьма важный вопрос. Различают три степени тяжести недоразвития тазобедренного сустава:

**1-я степень** – **предвывих**, характеризуется только недоразвитием крыши вертлужной впадины.

**2-я степень** – **подвывих**. При этом кроме недоразвития крыши вертлужной впадины выявляется смещение головки бедра кнаружи (латеропозиция бедра), но за пределы лимбуса она не выходит.

**3-й степень** – **врожденный вывих бедра**. Это крайняя степень дисплазии тазобедренного сустава. Характеризуется тем, что головка бедра полностью «уходит» с недоразвитой вертлужной впадиной и смещается кнаружи и кверху.

**Клиника.** Диагноз дисплазии тазобедренного сустава следует ставить уже в родильном доме. При первом осмотре ребенка следует учитывать отягощающие факторы анамнеза: наследственность, ягодичное предлежание, аномалии матки, патология беременности. Затем проводят клиническое обследование.

***У новорожденного*** можно выявить нижеследующие симптомы, характерные только для врожденного вывиха бедра:

* симптом щелчка или Ортолани-Маркса;
* отсутствие головки бедра в бедренном треугольнике;
* ограничение отведения бедра;
* укорочение ножки;
* асимметрия кожных складок на бедре;
* наружная ротация ножки;
* уплощение ягодичной области.

***Лечение*** врожденной патологии**,** а в равной степени и врожденного вывиха бедра тем успешнее, чем раньше оно начато.

Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава желательно начинать в роддоме. Мать ребенка обучают проведению ЛФК, правильному пеленанию ребенка, которое не должно быть тугим. Ножки ребенка в одеяле должны лежать свободно и максимально отведены в тазобедренных суставах.

С профилактической целью и детям с подозрением на дисплазию тазобедренных суставов, до окончательного установления диагноза, можно назначить широкое пеленание. Оно заключается в том, что между согнутыми и отведенными в тазобедренных суставах ножками после подгузника (памперса) прокладывают многослойную фланелевую пеленку (лучше взять две) по ширине равной расстоянию между коленными суставами ребенка.

После установления диагноза дисплазии различной степени тяжести ребенку показано лечение в отводящих шинках. Сущность лечения в них заключается в том, что при отведении в тазобедренном суставе головка бедра центрируется в вертлужной впадине и является постоянным раздражителем для отстройки недоразвитой крыши впадины. Длительность пребывания ребенка в шинке контролируется рентгенологически: полная отстройка крыши вертлужной впадины на рентгенограмме является показанием окончания лечения.

У детей старше года применяется постепенное вправление бедра с помощью липкопластырного вытяжения, предложенного Соммервилом и усовершенствованное **Мау**. При этом, после наложения на ножки липкопластырных (бинтовых или клеевых) повязок на голень и бедро системой грузов через блоки, ножки устанавливают в тазобедренных суставах под углом сгибания 90º, а в коленных – полное разгибание под углом 0º. Затем постепенно, в течение 3-4 недель, достигают уровня полного отведения в тазобедренных суставах до угла близкого к 90º. В таком положении фиксируют положение ножек гипсовой повязкой на срок полной отстройки крыши вертлужной впадины, определяемый по рентгенограмме. Средний срок лечения – 5-6 месяцев.

При безуспешности лечения или позднем выявлении патологии показано оперативное лечение. Чаще всего оно производится по достижении 3-4 летнем возраста ребенка.

Предложено большое количество оперативных вмешательств. Но чаще других применяют внесуставные операции, при которых сохраняются адаптационные механизмы, развившиеся в суставе в результате его недоразвития и создаются благоприятные условия для дальнейшей жизнедеятельности как сустава, так и больного.

С.И.Киричек, доцент кафедры травматологии и ортопедии.