

Врождённый вывих бедра,
косолапость. Кривошея».

Врождённый вывих бедра - это
врождённая неполноценность тканей в области бедренного сустава, которое характеризуется задержкой фиксации хрящей сустава с возможным вывихом головки бедренной кости.

Эпидемиология зависят от ряда условий (социальных, климатических, национальных).

Не наблюдается в странах Азии, Африки.

Наблюдается в Грузии (д:1000).

Дисплазия – 16:1000. Чаще односторонняя левосторонняя (1:2).

Девочки чаще (1:5).

Этиология

- заболевание полиэтиологическое.
- наследственный компонент по материнской линии;
- коксартроз у матери;
- женский пол ребёнка;
- седалищное предлежание плода;
- роды от 1-й беременности;
- многоплодные роды;
- аномалии развития матки;
- гормональные и обменные нарушения у матери;
- вирусные заболевания матери;
- воздействие профессиональных отрицательных факторов;
- токсикоз беременности;
- неправильное положение плода (поперечное, тазовое).

Клиника у детей 1-го года жизни

Осмотр ребёнка должны проводить в 3-4 недели, 3,6,12 месяцев.

Симптомы:

Симптом Маркса-Ортолани (симптом щелчка или треска).

Ограничение отведения бёдер.

Ассиметрия отведённых бёдер.

Укорочение конечности.

Ассиметрия кожных складок.

Внешняя ротация стопы на больной стороне.

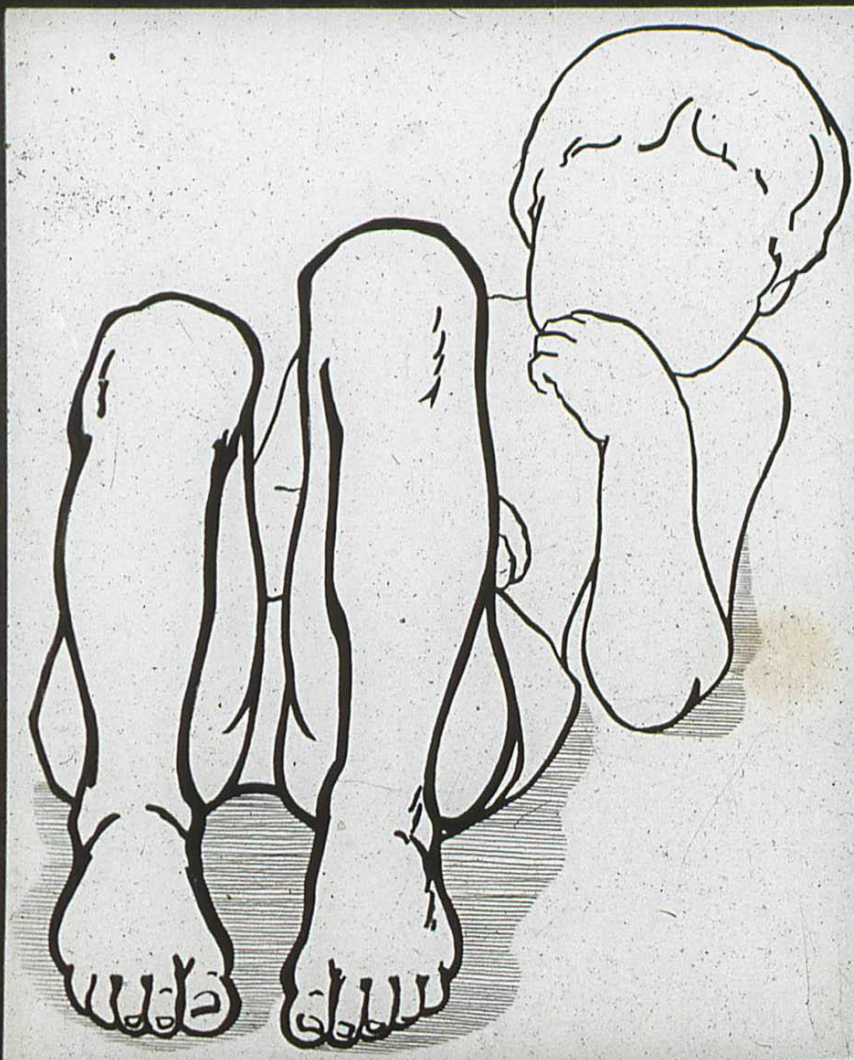
Дифференциальный диагноз:

Патологический вывих бедра на фоне
метафизарного остеомиелита;

Вывих на фоне спастического паралича;

Вывих на фоне вялого паралича или миопатии;

Врождённое укорочение конечности.



**Разница в длине ног
при врожденном вывихе бедра**

Диагностика:

Анамнез;

Ультразвуковое сканирование;

Рё-графия костей образующих бедренные суставы.

Схема Хильгенрайнера.

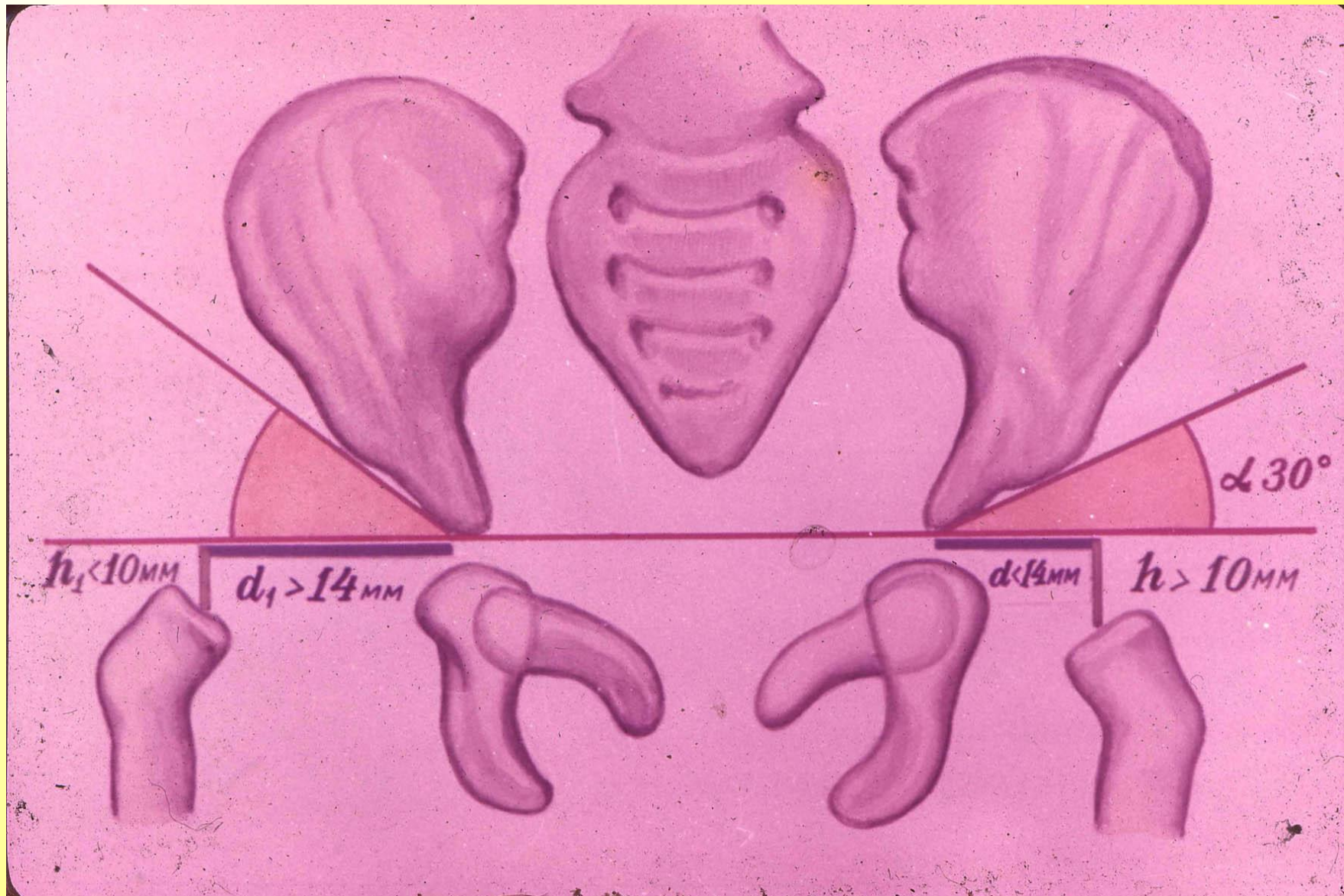
а – линия Келера

h – перпендикуляр от наивысшей точки метафиза до линии Келера (до 1 см).

б – линия Омбредана

L – ацетабулярный угол (индекс) .

В норме не более чем 30 (у новорождённых)





Врождённый вывих бедра после 1-го года жизни

Симптомы подозрения:

позднее начало стояния и ходьбы;
частое падение во время ходьбы;
быстрая утомляемость .

Вероятные симптомы в положении стоя:

ходьба с внешней ротацией конечности;
уменьшение активности движений при кратковременной опоре на передний отдел стопы;
разкачивание туловища во время ходьбы, или «утиная» ходьба;
положительный симптом Тределенбурга.

В положении лежа:

ограничение отведения бедра в пораженном бедренном суставе;
укорочение конечности;
виступание большого вертела на стороне вывиха;
положительный симптом скольжения – смещение головки бедра вверх при фиксированном тазе.



Диагностика

Рентгенологическое исследование

- L –ацетабулярный угол;
- линия (дуга) Шентона;

Артрография – для оценки лимбуса, круглой связки головки бедренной кости, капсулы.

Консервативное лечение больных 1-го года жизни

Лечение начинается в родильном доме.

**ЛФК, массаж, широкое пеленание, подушка Фрейка
(памперсы)**

**У детей с подвывихом и вывихом
шина Виленского (шина розпорка);**

шина Шнайдерова;

аппарат Гнивковского;

Термин лечения от 4 до 9 месяцев.

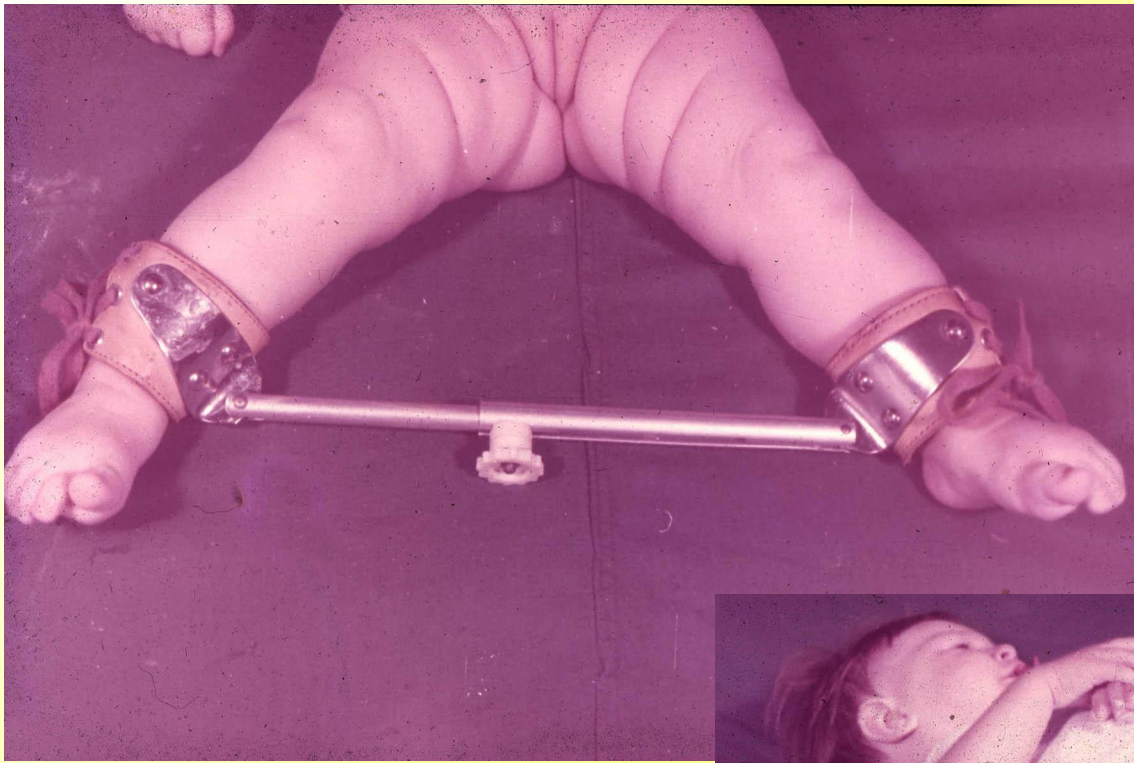
Оперативное лечение проводится после 2-х лет життя

ДИТИНИ.

внутрисуставные операции;

внесуставные;

комбинированные.



Результаты лечения зависят от сроков начала лечения тяжести диспластических процессов.

Лечение начатое на 1-м месяце жизни – положительный результат у 100%.

До 6 месяцев – 30% осложнений.

Лечение после 1 года – 60% осложнений.

Реабилитация – санаторно-курортное лечение. Парафиновые аппликации, грязелечение, сухое тепло, полноценное сбалансированное питание. Динамическое наблюдение до завершения роста.

Врождённая косолапость – это стойкая приводная сгибательная контрактура стопы, связанная с врождённым недоразвитием и укорочением внутренней и задней групп мышц, а также связок.

Эпидемиология

Один случай на 1200 новорождённых;

Чаще встречается у мальчиков;

Чаще бывает двусторонней.

Этиология

наследственный компонент по отцовской линии;

опухоль матки;

токсоплазмоз;

внутриутробный воспалительный процесс;

аномалии развития мышц и сухожилий, связок суставов.

Клиника

Стопа имеет деформации:

эквинус (equinus) – сгибательная подошвы стопы;
супинация (varus) – приподнятый внутренний отдел стопы и опущен внешний;
аддукция (adductus) – приведение переднего отдела;
полая стопа (exavatus) – увеличение продольного купола стопы.

Степень заболевания:

Лёгкая – при которой деформация исправляется пассивно;

Средняя – с трудностями;

Тяжелая - пассивное исправление невозможно.



Проявляется также:

- атрофия мышц голени;
- в голено-стопном суставе движения резко ограничены;
- укорочение голени и стопы;
- вторичная деформация;
- появляется «натоптанный» мозоль на внешней поверхности стопы;
- неправильная нагрузка приводит к скручиванию голени вокруг продольной оси;
- в тяжелых случаях внешняя лодыжка находится спереди, а пяточная приведена к внутренней лодыжке;
- может быть летучая мышечная боль.

Дифференциальная диагностика

артрогриппозная косолапость;
амниотическая косолапость;
паралитическая косолапость.

Артрогриппоз (триада) - косорукость

- косолапость
- врождённый вывих бедра

Во всех случаях – контрактуры суставов конечности напоминают лапы тюленя.

Амниотическая косолапость – возникает за счёт передавливания сосудисто-нервных пучков и мышц с возникновением атрофии и дегенерации дистальных отделов конечности.

Паралитическая косолапость - вследствие пороков развития спинного мозга (спинномозговые грыжи, миелодисплазия);
перенесенный полимиелит;
неврит;
травмы.

Лечение

Консервативное -

лёгкая степень – массаж, лечебная гимнастика, бинтование по Финку-Эттингену.

этапное гипсование в виде «сапожка»;

парафиновые или озоперитные аппликации;

ортопедическая обувь, ночью – туторы (на протяжении года).

Оперативное – в случае позднего обращения, неэффективности консервативного лечения.

Операция после 1 года жизни.

Кривошея – деформация шеи, обусловлена несоответствием длины *m.sternocleidomastoidens* шейному отделу позвоночника и характеризуется неправильным положением головы.

Эпидемиология. Составляет 12, 4% в отношении к всем аномалиям развития опорно-двигательного аппарату и занимает 3-е место.

Этиология.

Внутриутробное недоразвитие *m.sternocleidomastoidens*;
родовая травма (перерастяжение мышцы, кровоизлияние, надрыв).

Клиническая картина

У новорождённых и детей первых месяцев жизни:

- на боковой поверхности шеи отмечается припухлость твердой консистенции;
- безболезненность опухолевидного образования;
- отсутствие изменения цвета кожи.

У детей старшего возраста:

асимметрия лица: оно приплюснуто на стороне поражения;

плагиоцефалия – асимметрия черепа;

грудинно-ключично-сосковая мышца укорочена, напряженная, в виде струны;

наклон головы на сторону поражения;

поворот головы в противоположную сторону;

асимметрия шеи и затылочной области;

надплечие и лопатка приподнятые;

сколиоз.



Дифференциальный диагноз

костная кривошея (дополнительный позвонок, болезнь Клипеля-Фейка);
спастическая кривошея;
воспалительные заболевания (лимфадениты);
назофаренгиальная кривошея (болезнь Гризеля- хроническое воспаление зева).

Лечение

массаж;
электрофорез с ронидазой;
УВЧ;
сухое тепло;
с здоровой стороны – игрушки;
диспансерное наблюдение;
оперативное лечение – после 3-х лет.

Литература:

Библюк И.И., Библюк Ю.И. Хірургія дитячого віку.
– Івано-Франківськ, 2006. – С. 344-356.

Крись-Пугач А.П., Бурин М.Д. Обстеження та
діагностика опорно-рухових розладів у дітей. –
Київ-Хмельницький, 2002. – С.17-62.

Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я. Детская хирургия. –
Москва, 1978. – С.480-492.