

Травматология и ортопедия детского возраста

Учебное пособие

Под редакцией
проф. М.П. Разина, проф. И.В. Шешунова

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для обучающихся по основным
профессиональным образовательным программам высшего образования —
программам специалитета по специальности «Педиатрия»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИИ

Ортопедия (греч. *orthos* — прямой, прямостоящий, вертикальный; *paideia* — воспитание, обучение) — отрасль клинической медицины, изучающая болезни и деформации опорно-двигательного аппарата и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики. Существует и другое толкование второй части термина: от греч. *paidos* — ребенок, и переводится буквально как «прямостоящее дитя»; эта версия подчеркивает происхождение ортопедии как медицинского учения о правильном физическом развитии ребенка.

Детский возраст — период активного физиологического роста и физического совершенствования ребенка, и он наиболее благоприятен для коррекции ортопедической патологии, так как сам организм ребенка чутко откликается на лечебные мероприятия, «помогает» их осуществлению, становится союзником врача.

Принципы ортопедического лечения детей:

- ранняя диагностика патологии (некоторых заболеваний — уже в родильном доме);
- раннее начало лечения любого ортопедического заболевания (выжидательная тактика непозволительна);
- профилактика развития вторичных деформаций и порочных положений, связанных с продолжающимся ростом ребенка;
- организация реабилитационного лечения в специализированных медико-воспитательно-образовательных учреждениях (детские сады, школы-интернаты);
- медико-социальная реабилитация детей с патологией опорно-двигательного аппарата, угрожаемой инвалидизацией или с уже имеющейся инвалидностью.

Врожденные и наследственные болезни в скелетной патологии у детей составляют около трети среди всех поражений опорно-двигательного аппарата; от 26 до 45% среди всех врожденных аномалий у новорожденных — это скелетные пороки развития.

Этиология врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата очень разнообразна. Часть случаев имеет генетическую природу с аутосомно-доминантным типом наследования и обусловлена спорадическими мутациями. Другие носят семейный характер (врожденный вывих бедра, некоторые формы полидактилий и деформаций грудной клетки). Многие пороки имеют мультифакториальный тип наследования. Кроме того, многообразные костно-суставные признаки отмечают при 97,6% моногенных синдромов множественных аномалий, у 84,3% детей с хромосомными аномалиями, а также при очень многих хромосомных аномалиях.

2.1. ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Врожденный вывих бедра относят к числу самых распространенных ортопедических заболеваний у детей. Его наблюдают примерно у 2–5 детей на 1000 новорожденных, причем у девочек он встречается в 4–5 раз чаще, чем у мальчиков. Частота этого заболевания в различных странах и на различных континентах далеко неодинакова. Так, в нашей стране патология в виде полного вывиха встречается в среднем у 5–6 детей на 1000 новорожденных, а в форме дисплазии — у 16 детей на то же число новорожденных. В странах Азии и Африки такой патологии почти нет. В Европе же этот показатель довольно высок: по сообщениям ортопедов Венгрии, Польши и Чехословакии, данную патологию обнаруживают у 1 на 1000 родившихся детей. В свое время в Грузии частоту врожденного вывиха бедра фиксировали в несколько раз чаще, чем в других республиках СССР. На территории современной России частота патологии тоже неодинакова. В Северной Осетии, Тюменской области она встречается в 7–8 раз чаще, чем в других районах.

Вопросы максимально раннего выявления и начала лечения врожденного вывиха бедра являются ключевыми в профилактике инвалидности от него. Правильно проводимое консервативное лечение, начатое в первые 3 мес жизни ребенка, почти всегда обеспечивает выздоровление. При более поздних сроках начала лечения, но в пределах первого года жизни, полное излечение отмечают у 96% детей, во втором году жизни — у 70%, в возрасте старше 3 лет — только у 30%, большинству этих больных необходима уже оперативная коррекция порока.

Современные представления о врожденном вывихе бедра рассматривают его как крайнюю степень дисплазии тазобедренного сустава — по-

рока его развития, возникающего на ранних стадиях эмбрионального развития.

При такой дисплазии наступает смещение деформированной головки бедра по отношению к недоразвитой вертлужной впадине. Оно может произойти как в периоде внутриутробного развития или в момент родов, так и в постнатальном периоде. С ростом ребенка при отсутствии лечения тяжесть анатомической патологии сустава прогрессирует и переходит из состояния недоразвития его элементов у новорожденных в состояние тяжелых анатомических деформаций и дислокации костей с патологией капсульно-связочно-мышечного аппарата сустава. Это приводит к тяжелым анатомическим, статическим и функциональным расстройствам и в результате — к инвалидности.

Дисплазия тазобедренного сустава как его недоразвитие с сохранением правильных взаимоотношений его элементов может прогрессировать и вылиться в вывих бедра или, наоборот, регрессировать. Потому объективно показатель частоты дисплазий тазобедренного сустава должен превышать показатель частоты врожденного вывиха бедра. И действительно, частота дисплазии тазобедренного сустава у нас в стране составляет 16 случаев на 1000 новорожденных. Этот показатель стабилен в течение последних лет.

2.1.1. Классификация недоразвития тазобедренного сустава

Различают три степени этой патологии:

- 1-я степень дисплазии характеризуется недоразвитием элементов тазобедренного сустава с сохранением головки бедра в вертлужной впадине; некоторые авторы называют эту степень предвывихом;
- при 2-й степени появляются признаки нарушения взаимоотношений суставных поверхностей в виде латеропозиции головки; эту степень называют стадией подвывиха;
- 3-я степень — это собственно врожденный вывих бедра, при котором головка находится вне недоразвитой вертлужной впадины.

Несмотря на то, что все ортопеды рассматривают дисплазию сустава и врожденный вывих как различные проявления единого процесса недоразвития тазобедренного сустава, большинство специалистов разделяют эти понятия: под термином «дисплазия» тазобедренного сустава чаще всего понимают только 1-ю и 2-ю степени патологии, т.е. предвывих и подвывих, а 3-ю степень выделяют под названием «врожденный вывих бедра» — с указанием степени смещения его головки (вывих ацетабулярный, надацетабулярный, подвздошный).

2.1.2. Этиология и патогенез заболевания

До настоящего времени нет точных сведений о причинах задержки развития элементов тазобедренного сустава у эмбриона и плода. Многочисленные гипотезы и теории по этому поводу только подчеркивают многообразие этих причин. Ими могут быть:

- токсикозы беременности и их медикаментозная терапия;
- инфекционные заболевания матери на ранних сроках беременности;
- алиментарные и неврогенные факторы;
- ионизирующая радиация;
- химические загрязнения окружающей среды.

Действуя на организм матери в период беременности, перечисленные неблагоприятные факторы вызывают у эмбриона нарушение закладки тканей тазобедренных суставов. Процесс формирования сустава у плода замедляется, и к моменту родов оказывается, что проксимальный конец бедра и вертлужная впадина сохраняют эмбриональные признаки — дисплазию. Некоторая часть вывихов передается по наследству и сопровождается хромосомными aberrациями, в таких случаях говорят об истинном тератогенном вывихе.

Внутриутробная коррекция порока пока невозможна. Однако клиническая диагностика всех трех степеней дисплазии тазобедренного сустава возможна с первых дней жизни ребенка.

2.1.3. Клиническая картина и диагностика в различном возрасте

Клинические проявления патологии тазобедренного сустава зависят от степени дисплазии и возраста ребенка в момент первичного осмотра. В течение первого года жизни патологические изменения в суставе очень быстро прогрессируют. Нелеченая дисплазия 1-й и 2-й степени, т.е. предвывих и подвывих, отмечавшиеся в первые три месяца, к концу года может перейти в вывих. Именно поэтому и клиническую симптоматику дисплазии тазобедренного сустава нужно рассматривать в зависимости от возраста ребенка.

Клиническая картина и диагностика патологии у новорожденных и детей первых 3 мес жизни

У новорожденных и детей первых 3 мес жизни клинические симптомы слабо выражены, непостоянны, они не бросаются в глаза. Их следует активно выявлять целенаправленным осмотром, который проводят на пеленальном столе или любой другой плотной поверхности. Ребенка

следует полностью распеленать и раздеть, успокоить и только после этого приступить к осмотру.

1. В этом возрасте заболевание характеризуется асимметрией кожных складок на бедрах. В норме у здорового неходившего ребенка на передне-внутренней поверхности каждого бедра имеются три складки. У корня конечности выражена паховая складка, в средней трети — аддукторная и в нижней трети бедра — надколенная. Количество и место расположения складок в норме постоянны. Складки одного бедра симметричны расположению складок другого. При дисплазии тазобедренного сустава количество складок, их глубина и симметричность неодинаковы на разных бедрах. На стороне, где имеется патология сустава, обычно появляются дополнительные складочки.

2. В положении на животе выявляют асимметрию правой и левой ягодично-бедренной складок (на стороне поражения складка глубже), а также разницу в уровнях и глубине подколенных ямок и складок.

3. Кроме того, на стороне поражения определяют западение мягких тканей в скарповском треугольнике.

4. На стороне патологии при вывихе появляется наружная ротация бедра, этот признак лучше всего выявляется при полном покое ребенка или во время сна. При этом стопа развернута почти на 90° и опирается на плоскость стола всем наружным краем, а конечность — в положении легкого сгибания в коленном суставе. При подвывихе также есть избыточная внутренняя ротация (симптом Шассеньяка) до $70-90^\circ$.

5. Ограниченно пассивное отведение ног в тазобедренных суставах при сгибании голени и бедра под углом 90° . Для его выявления ребенка нужно уложить на спину, а согнутые в коленных и тазобедренных суставах ноги попытаться отвести до плоскости стола. На стороне дисплазии отведение ограничено, уложить ногу на плоскость стола невозможно. Чем больше тяжесть изменений в суставе и смещение головки кнаружи, тем отчетливее выражено ограничение отведения. При этом на стороне ограниченного отведения бедра выявляют напряжение приводящих мышц. При подвывихе или вывихе напряжение при отведении переходит в резко выраженную постоянную контрактуру аддукторов. При ее наличии в глубоких кожных складках паховых областей довольно часто возникают трудно поддающиеся лечению опрелости.

6. Выявляют также симптом соскальзывания головки в тазобедренном суставе (симптом Маркса, «симптом шелчка»), или симптом неустойчивости в нем. Его выявляют уже в родовом зале и считают патогномичным для врожденного вывиха бедра у детей первых 2–3 нед жизни. При