

**Врожденный вывих бедра  
Косолапость  
Кривошея**

***СЛАЙД-ЛЕКЦИЯ***

кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ  
Тюменская государственная медицинская академия

# **Врожденный вывих бедра**

**Самый распространенный в мире порок развития тазобедренного сустава.**

**Основа заболевания - наследственная дисплазия тазобедренного сустава, преимущественно односторонней локализации, чаще встречающаяся у девочек**

# Актуальность и статистика проблемы

- Частота встречаемости в мире **2-3%**
- Частота встречаемости на территории стран СНГ **2-16 детей на 1000 населения**
- Предвывих, подвывих **80%**
- Вывих **20%**
- Соотношение девочка/мальчик **4-7/1**
- Соотношение левый/правый **2-3/1**
- Соотношение односторонний/двухсторонний **6/4**

# **Этиологические теории врожденного вывиха бедра**

- **Теория порока закладки тканей**
- **Генетическая теория**  
(наследственного предрасположения)
- **Гормональная теория**
- **Миелодиспластическая теория**  
(нарушения иннервации)

# Классификация степеней патологии тазобедренного сустава

**Предвывих** тазобедренного сустава – клинически и рентгенологически определяемое нарушение развития сустава без смещения бедра

**Подвывих** головки бедра – смещение ее вследствие антеверсии и вальгуса в пределах суставной впадины

**Врожденный вывих бедра:**

- а) боковой или передне-боковой
- б) надацетабулярный
- в) подвздошный (высокий)

# Клинико-рентгенологические признаки дисплазии тазобедренного сустава

## 1. Предвывих тазобедренного сустава

клинически: ограничение разведения бедер, асимметрия кожных складок на стороне поражения

рентгенологически: недоразвитие крыши суставной впадины, скошенность более  $30^\circ$ , поздняя ее оссификация и головки бедра, линия Шентона не нарушена

## 2. Подвывих головки бедра

клинически: ограничение разведения бедер, асимметрия кожных складок на стороне поражения, едва заметное укорочение конечности на стороне поражения

рентгенологически: недоразвитие крыши суставной впадины, скошенность более  $30^\circ$ , поздняя оссификация головки бедра и смещение ее вверх, линия Шентона нарушена

# **Клинические признаки вывиха тазобедренного сустава**

- .Ограничение отведения бедра при сгибании в тазобедренном суставе под углом  $90^\circ$**
- .Асимметрия кожных складок на бедре(паховых, ягодичных, жировых)**
- .Симптом соскальзывания («щелчка») головки бедра по краю вертлужной впадины во впадину при отведении бедер, согнутых до угла  $90^\circ$**
- .Хромота, «утиная походка»,**
- .Укорочение нижней конечности**
- .Смещение большого вертела выше линии Розер –Нелатона**
- .Наружная ротация конечности во время сна**
- .Смещаемость бедра вверх вниз, в положении ребенка на спине с фиксацией туловища**
- .Положительный симптом Тренделенбурга**
- .Поясничный гиперлордоз**
- .Наличие других пороков развития опорно-двигательного аппарата**

# Рентгенологические признаки вывиха тазобедренного сустава

- Нарушение линии Шентона
- Увеличение наклона крыши вертлужной впадины
- Латерализация бедра
- Высокое стояние бедра
- Недоразвитие ядер окостенения головок бедра (в норме они появляются между 3-5 месяцами жизни)

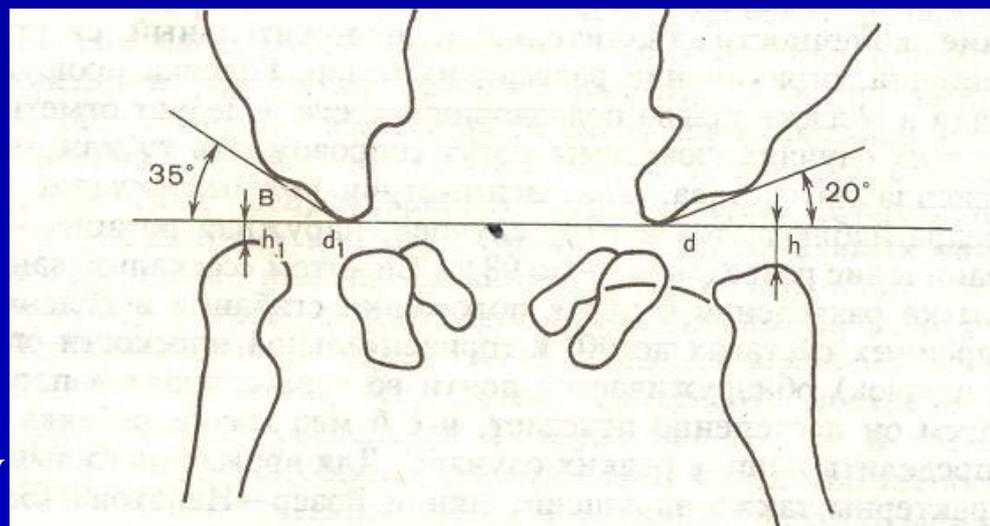


Схема Хильгенрейнера

# **Профилактика врожденного вывиха бедра**

- .Свободное пеленание**
- .После рождения ребенка производить систематические абдукционно-круговые движения в тазобедренных суставах**
- .Лечебная гимнастика, массаж**
- .Система обязательного двойного обследования (в родильном доме и в 3-месячном возрасте)**

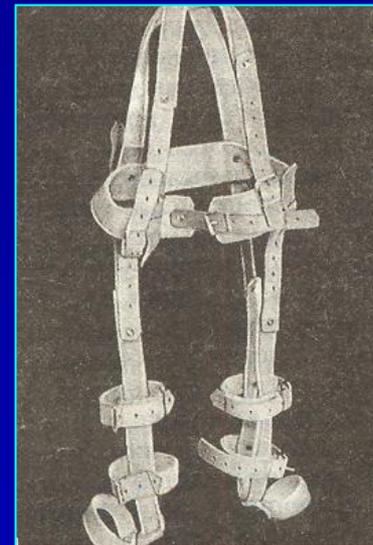
# Консервативное лечение врожденного вывиха бедра

.Пребывание в отводящей эластичной шине («штанишки» Бекера, подушки Фрейка, стремена Павлика, эластичные шины) круглосуточно до полного исчезновения аддукционной контрактуры (т.е. 2-3 недели) и к 3-4 месяцам надевается только на время сна.

.При отсутствии вправления к 5-6 месяцам - лечение проводят в стационаре, где вправление проводят методом постоянного вытяжения с помощью клеевых повязок или лейкопластыря в течении 10-20 дней грузом 2-3 кг в положении «overhead».

.При отсутствии вправления от консервативного лечения отказываются.

.При вправлении накладывают гипсовую повязку в положении Лоренц I на 1,5 -2 месяца, далее переводят в повязку Лоренц II на период в 2-3 месяца и далее в положение Лоренц III на период 2-3 месяца. При успешном вправлении осевую нагрузку и ходьбу разрешают производить через 1 год.



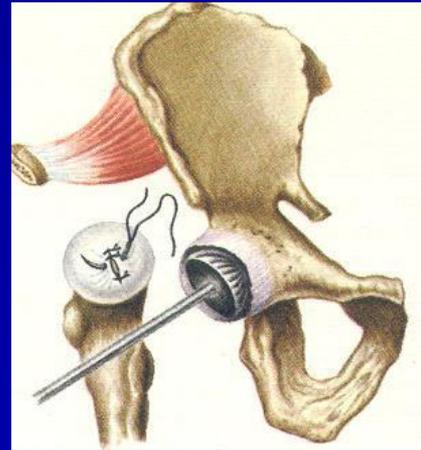
Стремена Павлика



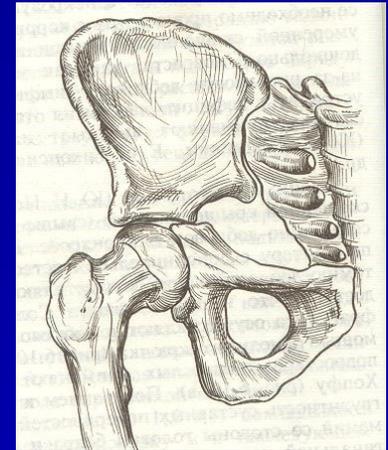
Шина ЦИТО

# Оперативное лечение врожденного вывиха бедра

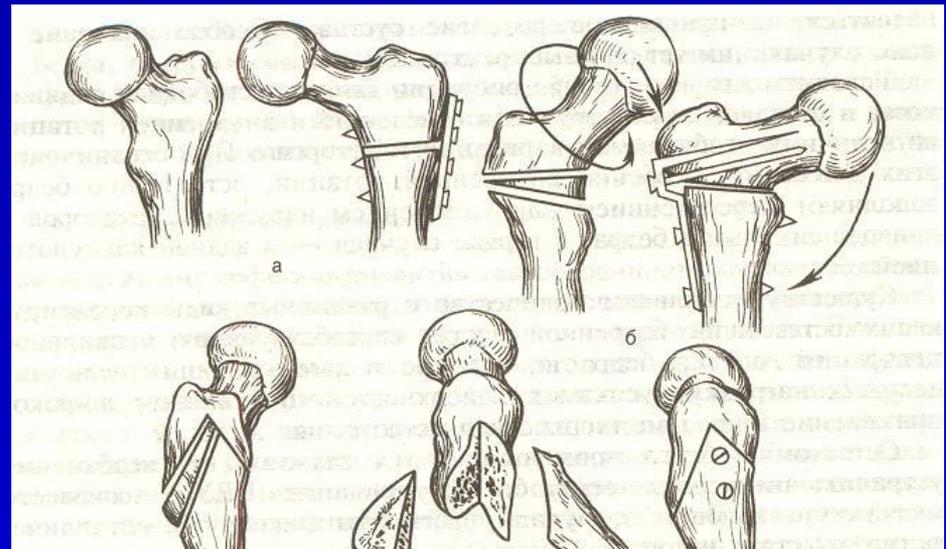
1. Открытое вправление вывиха головки бедра (старше 1-2 лет)
2. Открытое вправление вывиха головки бедра с артропластикой по методу Колонна (старше 3 лет)
3. Остеотомии бедра
4. Остеотомии таза
5. Ацетабулопластика



Артропластика



Остеотомия таза



Остеотомия бедра

# Косолапость

Один из самых распространенных в мире пороков развития у детей (**1-3 больных на 1000 населения**).

Основа заболевания –врожденная контрактура суставов стопы, основным клиническим проявлением которого является приведение стопы, ее супинация и эквинус. Типичная врожденная косолапость отличается значительной дисплазией всех структур стопы. При этом отмечается задержка оссификации и деформация таранной, пяточной, ладьевидной и кубовидной костей стопы.

# Клиника косолапости

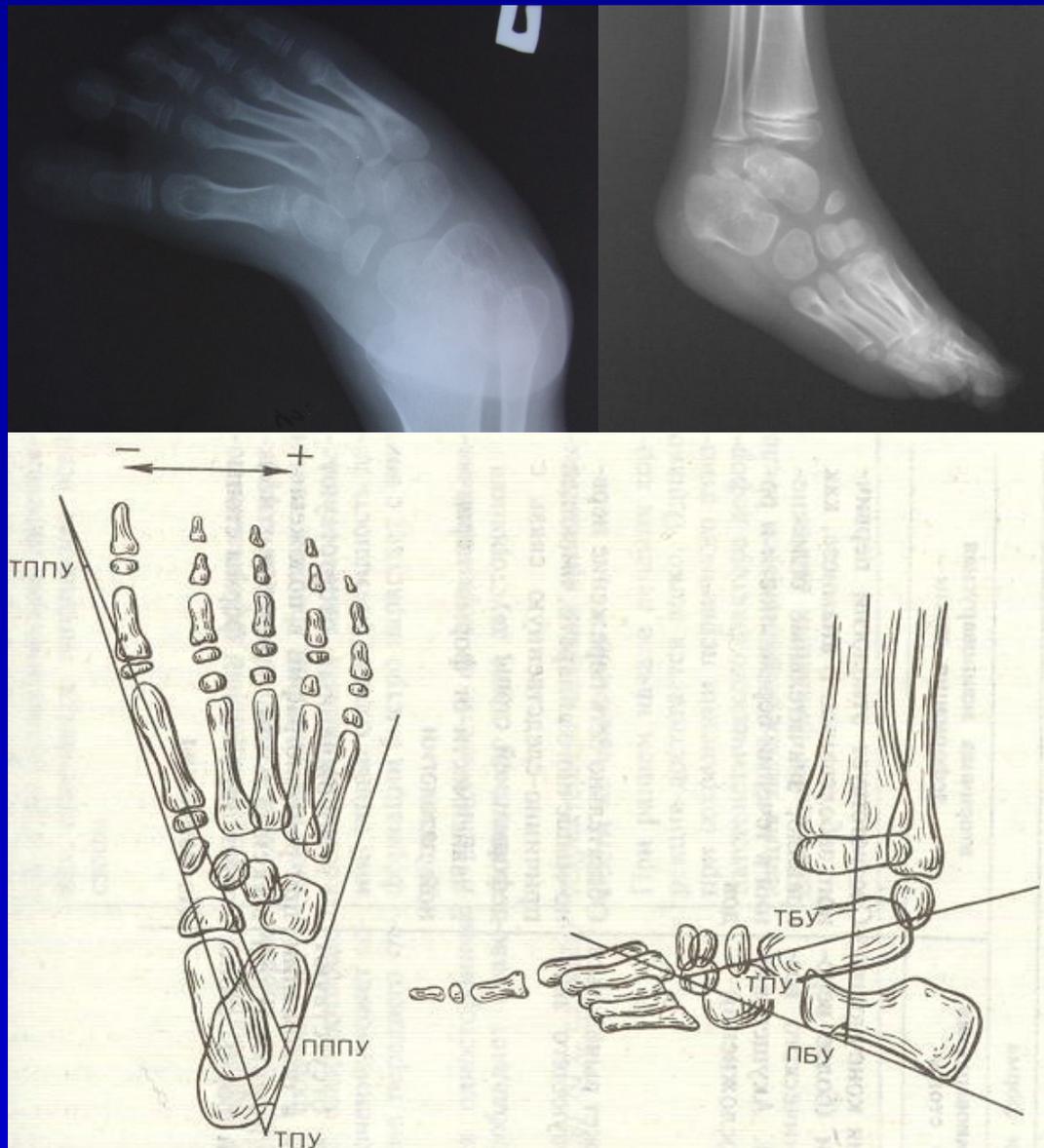


# Диагностика

Рентгеновское исследование в трех позициях, в положении коррекции варуса стопы

(одна, прямая, проекция и две боковых - в положении крайнего тыльного и подошвенного сгибаний стопы)

- **Таранно-пяточный угол ТПУ** (наличие врожденной косолапости)
- **Таранно-первоплюсневый ТППУ, пяточно-первоплюсневый ПППУ** (признак внутреннего подвывиха стопы в суставе Шопара)
- **Таранно-большеберцовый ТБУ, пяточно-большеберцовый ПБУ** (степень выраженности эквинуса стопы)



# Принципы лечения

- 1. Лечение должно быть начато как можно раньше**
- 2. Коррекция деформации должна начинаться с консервативных мероприятий**
- 3. Тактика и методы лечения определяются в зависимости от формы деформации и индивидуальных особенностей больного и представляет сочетание оперативных и консервативных методов**
- 4. Нормальная опороспособность должна быть восстановлена до начала ходьбы ребенка (т.е до возраста 12 месяцев)**
- 5. Восстановление функции стопы должно начинаться параллельно с коррекцией формы стопы**
- 6. Непрерывное наблюдение и лечение врожденной косолапости должно проводиться до окончания роста стопы ребенка**

# Консервативное лечение

**Период коррекции.** Начинается с 2-4 недельного возраста. Редрессация проводится лонгетно-циркулярной гипсовой повязкой от кончиков пальцев до верхней трети бедра при согнутой под углом  $90^\circ$  в коленном суставе голени. Начинать коррекцию надо с переднего отдела стопы, затем переходить на средний и задний отделы. Частота редрессаций - 1 раз в неделю. При отсутствии коррекции после 4-6 редрессаций показано оперативное лечение.

**Период фиксации (3-6 месяцев).** Частота смен гипсовых повязок 1 раз в 3-4 месяца.

**Период реабилитации (до 2 лет).** Применение съемных туторов в сочетании с деротационной шиной на время сна, использование ортопедической обуви.

# Оперативное лечение

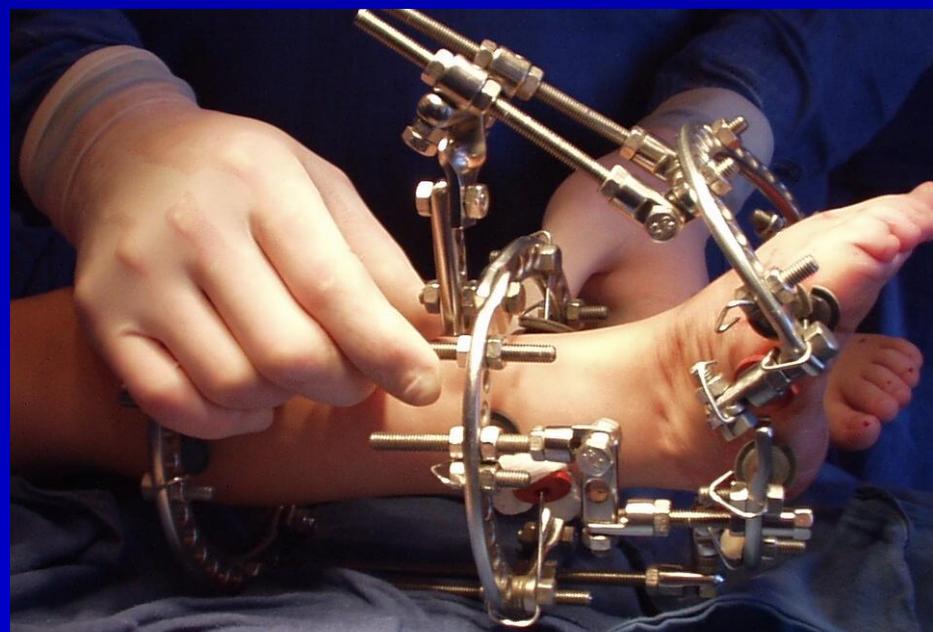
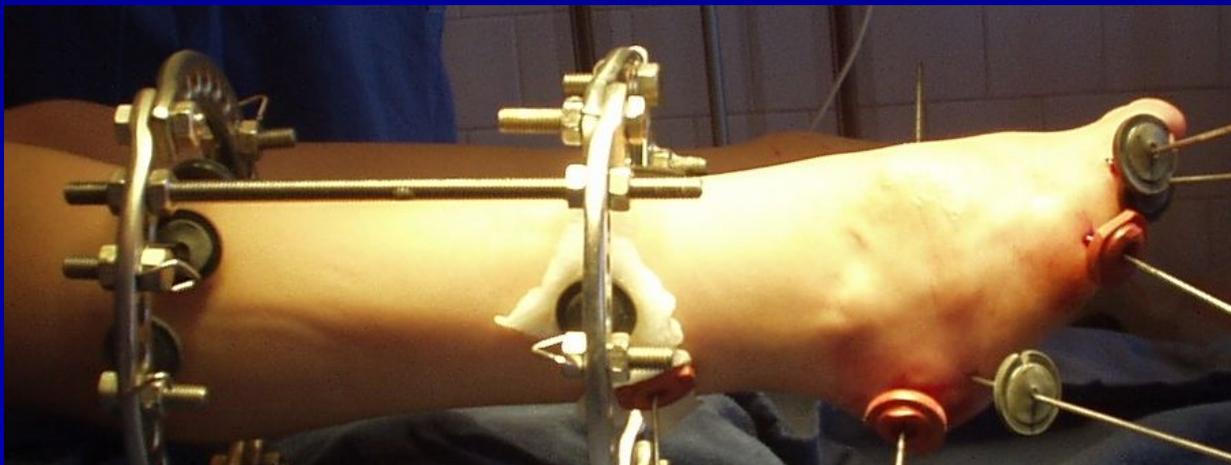
## Цели:

- Рассечение и удлинение контрагированных тканей
- Устранение дислокации в подтаранном суставе
- Ликвидация подвывиха ладьевидной и кубовидной костей стопы
- Устранение эквинуса стопы за счет ликвидации контрактуры в голеностопном и подтаранном суставах.

## Разновидности операций

- А. Операции на мягких тканях
- Б. Операции на костных структурах
- В. Комбинированные операции
- Г. Аппаратная коррекция деформаций стопы  
(аппаратом Г.А. Илизарова)

# Аппаратный способ коррекции деформации стопы



# **Врожденная мышечная кривошея**

**Основа заболевания –стойкое укорочение  
грудино-ключично-сосцевидной мышцы,  
обусловленное ее недоразвитием, а также**

**травмой в перинатальном периоде,**

**сопровождающееся наклоном головы и  
ограничением подвижности в шейном отделе**

**позвоночника, а в тяжелых случаях -**

**деформацией черепа, позвоночника, надплечий.**

# **Этиологические теории врожденной мышечной кривошеи**

- **Травматическое повреждение при родах**
- **Некроз мышцы на фоне ишемической контрактуры**
- **Инфекционный миозит**
- **Позиционное укорочение мышцы в следствии наклонного положения головы в узкой полости матки, а также при амниотических перетяжках**

# Формы врожденной мышечной кривошеи

- **Ранняя форма:** укорочение наблюдается с рождения или в первые дни жизни
- **Поздняя форма:** встречается у подавляющего большинства больных, появляется в конце 2-начале 3 недели жизни, достигает максимальной величины к 4-6 неделям.

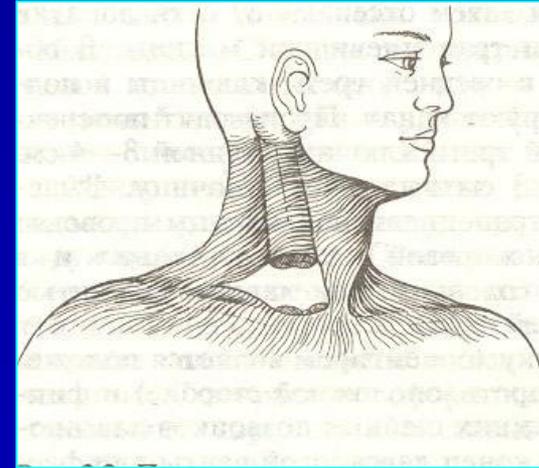
# Консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи

1. **Редрессация мышцы**  
(3-4 раза в день по 10-15 минут)
2. **Массаж мышцы**
3. **Физиотерапевтическое лечение**  
(парафиновые аппликации, соллюкс, УВЧ, электрофорез с йодистым калием, лидазой, грязелечение)
4. **Иммобилизация**  
(воротник Шанца)

Повтор курса через 4-6 месяцев

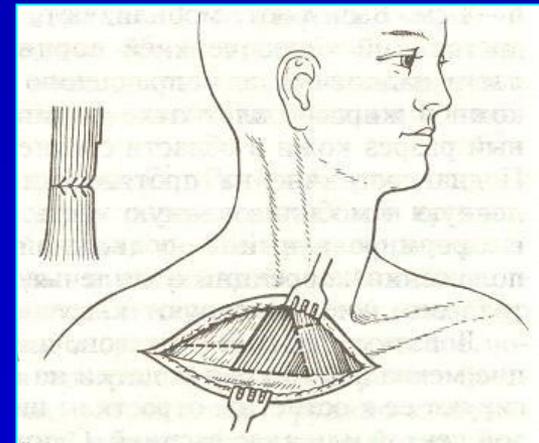
# Оперативное лечение врожденной мышечной кривошеи (по достижении 1-2 лет жизни)

- .Открытое пересечение головок измененной мышцы в нижней ее части
- .Открытое пересечение головок измененной мышцы в нижней и верхней ее части по Ланге
- .Пластическое удлинение мышцы по Федерлю



Открытое пересечение головок измененной мышцы

Послеоперационная иммобилизация:  
первые 2-3 дня –воротник Шанца  
последующие 4 недели - гипсовая торакокраниальная повязка  
последующие 3-6 недель - воротник Шанца



Операция Федерля

**Спасибо за внимание!**