

УДК 616.728-001:6-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/07>

АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА НА ЭТАПАХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

©*Джамалбекова Э. Д., Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан, e.djamalbekova@mail.ru*

©*Джумабеков С. А., SPIN-код: 3441-5010, акад. НАН КР, д-р мед. наук, Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан, s_djumabekov@mail.ru*

ALGORITHM OF REHABILITATION OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN UNDER ONE YEAR AT THE STAGES OF CONSERVATIVE TREATMENT

©*Dzhamalbekova E., Bishkek Scientific Research Institute Center of Traumatology and Orthopedics, Bishkek, Kyrgyzstan, e.djamalbekova@mail.ru*

©*Dzhumabekov S., SPIN-code: 3441-5010, academician of NAS KR, Dr. habil., Bishkek scientific research Institute Center of traumatology and orthopedics, Bishkek, Kyrgyzstan, s_djumabekov@mail.ru*

Аннотация. У детей восстановление анатомических структур и функций тазобедренных суставов происходит при ранней диагностике и своевременно начатом комплексном лечении. Однако у детей с дисплазией тазобедренного сустава реабилитация должна быть ранней, комплексной и систематической. На этапах консервативного лечения реабилитация включает в себя: массаж, физиотерапию, лечебную гимнастику и самое главное — ношение функциональных шин. При правильном выборе тактики реабилитации происходит предотвращение прогрессирования заболевания, а также не развиваются ранние и поздние осложнения, а самое главное не задерживается вертикализация и не нарушается статико-динамическая функция тазобедренного сустава.

Abstract. In children, the restoration of anatomical structures and functions of the hip joints occurs with early diagnosis and timely initiation of complex treatment. However, in children with hip dysplasia rehabilitation should be early, comprehensive and systematic. At the stages of conservative treatment rehabilitation includes massage, physiotherapy, therapeutic exercises and most importantly the wearing of functional tires. With the right choice of rehabilitation tactics, the progression of the disease is prevented, as well as early and late complications do not develop, and most importantly, it does not delay the verticalization and does not violate the static-dynamic function of the hip joint.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, реабилитация, консервативное лечение, дети до года.

Keywords: hip dysplasia, rehabilitation, conservative treatment, children under one year.

Введение

Одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста была и остается дисплазия тазобедренного сустава (ДТС). Многочисленные труды отечественных и зарубежных авторов посвящены данной проблеме [1, 5, 8]. Для дисплазии тазобедренного сустава характерны изменения во всех участках сустава, уплощением (гипоплазией) вертлужной впадины и

пороком ее развития, патологией капсулы сустава и связочного аппарата, а также недоразвитием головки бедренной кости и окружающих ее мышц [4, 6, 7].

К хорошим результатам приводит ранняя диагностика и своевременно начатое лечение [5]. У детей при ранней диагностике и лечении, начатом еще в грудном возрасте, происходит не только максимально полное восстановление анатомических структур, но и функции тазобедренных суставов, в этом и заключается актуальность данной проблемы [2, 3, 6].

Чтобы в 98% случаях избежать ишемического пострепозиционного некроза головки бедренной кости, необходимо использовать функциональные шины с предпозиционной подготовкой и полностью отказаться от одномоментного закрытого вправления [4].

К тяжелым структурным изменениям в суставе в дальнейшем приводят прогрессирующие трофические и анатомо-функциональные нарушения компонентов тазобедренного сустава без адекватного лечения связанного с ростом ребенка. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции движения и опоры, при этом возникают искривление позвоночника, изменение положения таза, развитие коксартроза и остеохондроза с последующей инвалидизацией в более молодом возрасте [1, 3, 8].

Вопросы ранней диагностики и лечения врожденного вывиха бедра подробно описываются в различных литературных источниках. Необходимо обследовать новорожденных с обязательным использованием ультразвукографии для достижения положительных результатов лечения, это показал анализ данных обследования детей в различных возрастных группах с дисплазией тазобедренного сустава. В связи с вышеизложенным, совершенно не удивительно, что на всех этапах (от выявления — до контроля результатов лечения) большое внимание объективной и качественной диагностике ДТС всегда уделялось и уделяется в научных публикациях и в клинической практике [2, 3, 5, 7].

В основе профилактики детской инвалидности лежит раннее выявление заболевания и своевременно начатое лечение. Однако вопрос о реабилитации детей на этапах консервативного лечения остается актуальным на сегодняшний момент, поскольку до сих пор отсутствует в разных возрастных группах единое мнение и методика о сроках начала реабилитации.

Материалы и методы лечения

Проведена реабилитация 46 детей (мальчиков 18 (39,1%), девочек 28 (60,9%)) до года с диагнозом дисплазия тазобедренного сустава на этапах консервативного лечения.

В процессе реабилитации дети были разделены на 3 возрастные группы:

- первая группа 14 дней — 3 месяца;
- вторая группа 4 — 6 месяцев;
- третья группа 7 — 12 месяцев.

Методом обследования являлась:

–у детей до 3 месяцев клинико-функциональное и ультразвукографическое исследования.

–у детей старше 3-х месяцев клинико-функциональное исследование, рентгенография тазобедренных суставов.

Методика реабилитации детей до года на этапах консервативного лечения включает в себя следующие компоненты:

- физиотерапию;
- массаж;
- лечебную гимнастику.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе наблюдалось 22 ребенка (47,8%) в возрасте от 14 дней до 3-х месяцев. После постановки диагноза дисплазия тазобедренного сустава проводилась предрепозиционная подготовка сроком на 10 дней. В этот период назначаются: перед массажем парафиновые аппликации на тазобедренные суставы (в течение 10 минут), массаж, расслабляющий мышцы нижней конечности №10, ЛФК на растяжение аддукторов бедер (до 5 минут в день 3-4 раза), широкое пеленание (как подготовительный этап для перевода в функциональную отводящую шину), электрофорез с эуфиллином №10 на пояснично-крестцовую область (ПКО). Как только достигается отведение нижней конечности, пациента переводят в функциональную отводящую шину Джумабекова.

После достижения вправления и фиксации конечности в шине выполняются: перед курсом массажа парафиновые аппликации (№10 через день), массаж мышц спины и поясничной области с элементами расслабления и стимуляции (№10), лечебная гимнастика в шине, подключается курс физиотерапии — электрофорез с актовегином или с эуфилином (+) №10 на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, с 2% раствором хлористого кальция и 2% раствором аскорбиновой кислоты. Дополнительно магнитотерапия (на пояснично-крестцовый отдел позвоночника №10. Лечение проводится под контролем ультрасонографии каждые 3 недели. На этапе выздоровления последние 2-3 месяца проводится курс массажа мышц спины, нижних конечностей (№10); лечебная гимнастика (без шины) — выполняются сгибание, отведение и внутренняя ротация бедер (продолжительность — 10 минут, по 2-3 раза в день) Так как ребенок подготавливается к осевой нагрузке. Общий срок лечения составляет 6-10 месяцев.

Во 2-й группе 18 детей (39,1%) в возрасте от 4 до 6 месяцев. Предрепозиционная подготовка начинается с назначением: массажа для расслабления аддукторов бедер и ягодичных мышц №10, парафиновые аппликации на тазобедренный сустав (через день №10), подушка Фрейка или широкое пеленание постоянно, электрофорез с мидокалмом на ПКО №10. Через 1,5-2 недели переводится на круглосуточное ношение функциональной шины Джумабекова. На этом периоде назначаются: массаж мышцы спины, области ягодиц и нижней конечности (№10), парафиновые аппликации на ПКО №10. Лечебная гимнастика с целью профилактики сгибательно-приводящих контрактур, а также необходим расслабляющий массаж нижних конечностей. Далее через 3–3,5 месяца проводится реабилитация без шины: курс массажа №10, парафиновые аппликации на ПКО №10, электрофорез Са (+)-эуфилином (-) -vitC (-), Са (+)-актовегином (-)-vitC (-) по трехэлектродной методике на тазобедренный сустав, электрофорез с кавентоном №10 на ПКО. При замедленной оссификации головки бедра назначается электрофорез сосудистых препаратов: никотиновая кислота (-) + кавентон (+) №10.

Через 3–3,5 месяца от момента постановки осевой нагрузки: пациент переводится в следующую функциональную отводящую шину Виленского, в этот период назначаются: массаж мышц спины и нижних конечностей. При удовлетворительных результатах разрешается дозированная вертикальная нагрузка в шине Джумабекова. В этот период назначают: массаж ягодичных и бедренных мышц через день №15, при задержке формирования ядер оссификации назначается магнитотерапия на тазобедренный сустав (с 6 месяцев).

В 3-й группе 6 детей (13,1%) в возрасте от 7 месяцев до 1 года. Детям этой возрастной группы с первично выявленным вывихом проводится рентгенологическое, ультрасонографическое и МРТ исследования с целью выявления причин, и невозможностью

провести предрепозиционную подготовку. Наличие признаков невраимости бывает: гипертрофия капсулы в виде песочных часов, гипертрофия жировой подушки если на МРТ имеются вышеперечисленные признаки, то предрепозиционная подготовка не проводится. Если не имеются признаков невраимости, то назначается предрепозиционная подготовка: массаж спины и ягодиц, подушка Фрейка постоянно, парафиновые аппликации №10 через день на тазобедренные суставы. Назначается укрепляющий, тонизирующий массаж ягодичных мышц (в шине). На этапе лечения в функциональной шине назначаются: электрофорез с актовегином чередующийся с мидокалмом №10 на ПКО, с эуфиллином-Са №10 на тазобедренные суставы. Через 2 недели накладывается функциональная гипсовая повязка по методу Шептуна-Тер-Егиазарова, накладывается без наркоза в положении Лоренц с отведением на 45–50° и через каждые 10 дней после расслабления приводящих мышц увеличивается угол отведения на 10°, до полного отведения тазобедренного сустава на 80–85°. Каждые 2 недели ребенку проводится ультразвукографический контроль.

Если ацетабулярный угол до 30° осуществляется перевод в следующую функциональную шину Джумабекова. В этот период рекомендовано проведение курса массажа №10 мышц спины и живота, парафиновые аппликации №10 на ПКО, электрофореза с актовегином №10 на ПКО, электрофарез с Са(-) + VitC (+) на тазобедренные суставы, после перевода в шину. Периодические приседания в гипсе, потом переводится на живот. Функциональную гипсовую повязку накладывают на 4–5 месяцев, затем переводится в шину Джумабекова на 4–4,5 месяца. Через 3–4 месяца — рентген контроль.

При хорошем развитии впадины, отсутствии латеропозиции головки, полной степени костного покрытия разрешаются дозированная осевая нагрузка в шине Джумабекова, а также в течение 1–1,5 месяца, стимулирующий массаж, парафиновые аппликации на тазобедренные суставы, лечебная гимнастика.

Выводы

Таким образом, нами разработан алгоритм и тактика дальнейшего реабилитационного метода лечения детей до одного года жизни. Реабилитация детей первого года жизни с дисплазией тазобедренного сустава должна быть ранней, комплексной и систематической. Анализ нашей работы показал, что наилучших результатов можно достигнуть лишь при раннем начале функционального лечения, так как создается оптимальное условие для развития вертлужной впадины и головки бедра.

Подбор наиболее правильного подхода к лечению ДТС и рациональное разделение пациентов на 3 возрастные группы: 14 дней — 3 месяца, 4–6 месяцев и 7 месяцев — 1 год. Далее, в зависимости от этого, составлялась специальная программа реабилитации детей. Программа заключается в следующем: ношение функциональных шин, наложение функциональной гипсовой повязки, физиотерапевтическое лечение, дифференцированный массаж и лечебная гимнастика. Это позволяет добиться положительных результатов не задерживая вертикализацию, а также предотвращает прогрессирование заболевания, развитие ранних и поздних осложнений.

Список литературы:

1. Малахов О. А., Кралина С. Э. Врожденный вывих бедра (клиническая картина, диагностика, консервативное лечение). М.: Медицина, 2006. 128 с.
2. Волошин С. Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста: дис. канд. мед. наук. СПб. 2005.
3. Бондарева С. Н. Восстановительное лечение детей первого года жизни с врожденной патологией тазобедренных суставов: дис. канд. мед. наук. Екатеринбург. 2008.

4. Бовтунов А. З. Пострепозиционный ишемический некроз головки бедренной кости у детей (диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб. 2000. 19 с.
5. Ватолин К. В., Гуревич А. Б., Тихоненко Т. И., Лозовая Ю. И. Современные возможности ультразвукового исследования тазобедренного сустава у здоровых детей // Детская хирургия. 2011. №4. С. 25-27.
6. Волошин С. Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста: автореф. дис.. канд. мед. наук. СПб. 2005. 25 с.
7. Вашкевич Д. Б., Рукина Н. Н. Диагностика врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста // Человек и его здоровье: материалы X юбилейного Российского национального конгресса. СПб. 2005. С. 134.
8. Дементьева Д. М., Алешина Л. Л. Врожденные пороки развития как причина детской инвалидности // Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов XI Конгресса. (Москва, 5-8 февраля). 2007. С. 199-200.

References:

1. Malakhov, O. A., Kralina S. E. (2006). Vrozhdennyi vyvikh bedra (klinicheskaya kartina, diagnostika, konservativnoe lechenie). Moscow. Meditsina, 128. (in Russian).
2. Voloshin, S. Yu. (2005). Kompleksnoe funktsional'noe lechenie vrozhdenного vyvikhа bedra u detei grudnogo vozrasta: dis. kand. med. nauk. St. Petersburg. (in Russian).
3. Bondareva, S. N. (2008). Vosstanovitel'noe lechenie detei pervogo goda zhizni s vrozhdennoi patologiei tazobedrennykh sustavov: dis. kand. med. nauk. Ekaterinburg. (in Russian).
4. Bovtunov, A. Z. (2000). Postrepozitsionnyi ishemicheskii nekroz golovki bedrennoi kosti u detei (diagnostika, lechenie): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. St. Petersburg. 19. (in Russian).
5. Vatolin, K. V., Gurevich, A. B., Tikhonenko, T. I., & Lozovaya, Yu. I. (2011). New possibilities for ultrasonic hip examination in healthy children. *Russian Journal of Pediatric Surgery [Detskaya Khirurgiya]*, (4). 25-27. (in Russian).
6. Voloshin, S. Yu. (2005). Kompleksnoe funktsional'noe lechenie vrozhdenного vyvikhа bedra u detei grudnogo vozrasta: avtoref. dis.. kand. med. nauk. St. Petersburg. 25. (in Russian).
7. Vashkevich, D. B., & Rukina, H. H. (2005). Diagnostika vrozhdenного vyvikhа bedra u detei rannego vozrasta. In *Chelovek i ego zdorov'e: materialy X yubileinogo Rossiiskogo natsional'nogo kongressa. St. Petersburg*. 134. (in Russian).
8. Dement'eva, D. M., & Aleshina, L. L. (2007). Vrozhdenные poroki razvitiya kak prichina detskoй invalidnosti. In *Aktual'nye problemy pediatrii: sbornik materialov XI Kongressa. (Moskva, 5-8 fevralya)*, 199-200. (in Russian).

*Работа поступила
в редакцию 14.08.2019 г.*

*Принята к публикации
19.08.2019 г.*

Ссылка для цитирования:

Джамалбекова Э. Д., Джумабеков С. А. Алгоритм реабилитации дисплазии тазобедренного сустава у детей до года на этапах консервативного лечения // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №9. С. 73-77. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/07>

Cite as (APA):

Dzhamalbekova, E., & Dzhumabekov, S. (2019). Algorithm of Rehabilitation of Hip Dysplasia in Children Under one Year at the Stages of Conservative Treatment. *Bulletin of Science and Practice*, 5(9), 73-77. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/07> (in Russian).