

у женщин репродуктивного возраста, а также у гинекологических больных с маточными кровотечениями.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баймурова С.М. Патогенез, принципы диагностики, профилактики и терапии повторных потерь плода, обусловленных приобретенными и генетическими дефектами гемостаза: /Дис. д-ра мед.наук. - М., 2006. - 260 с.
2. Л.Г. Сичинава, О.Б.Панина. Тез. международной научно-практической конференции "Некоторые актуальные вопросы акушерства, перинатологии и гинекологии" 16 ноября 2005 г.
3. Айламазян Э.К. "Рекомбинантный эритропоэтин в лечении анемии беременных и родильниц". //РВААГ № 2 - 2003 г., С. 68 - 71.
3. Аркадьева Г.В. "Диагностика и лечение железодефицитных анемий". /Учебно-методическое пособие. М. ВУНМЦ - 1999 г., С. 159.
4. Джаманаева К.Б. "Патогенетические механизмы развития анемии беременных". //Журнал "Акушер-гинекологов" Казахстан № 2 - 2001 г. с. 24.
5. Жаров Е.В. "Оценка эффективности препарата "Фенюлс" в акушерско - гинекологической практике". //Журнал ВРААГ № 1999 г., С. 119.
6. Delzanno G.Fa Leone M; et. Al //Minerva Gynec. 2009 vol 48, № 3, P. 115 - 118.
7. Erslev A.S; Besarad A. Kidney Sint. //Kidney Sint 2011vol 51 № 3 P. 622 - 630

Поступила 24.12. 2017

УДК: 613.88-07(575.1)

### ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПИЦЕВОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ

У.Ш. Шавкатов, М.Н. Буриев, Х.М. Норбеков,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

#### ✓ Резюме,

В данной работе были изучены влияния периацетабулярной и комбинированной спицевой туннелизации на доразвитие костей тазобедренного сустава у 22 детей (42 сустава) с 8 месячного возраста до 3 лет с остаточной дисплазией тазобедренного сустава в отделении травматологии и ортопедии клиники ТашПМИ. Если лечение начато в возрасте до 2 лет, то у 41% детей удастся получить хорошие результаты. С возрастом ребенка эти результаты снижаются, и если лечение будет несвоевременным, то ребенок может стать инвалидом.

Ключевые слова: лечение остаточной дисплазии тазобедренного сустава у детей, спицевой туннелизации.

### БОЛАЛАРДА СОН ЧАНОҚ БЎҒИМИНИНГ ҚОЛДИҚ ДИСПЛАЗИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ТУННЕЛИЗАЦИЯ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИШ

У.Ш. Шавкатов, М.Н. Буриев, Х.М. Норбеков,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

#### ✓ Резюме,

Ушбу мақолада биз ТошПМИ клиникаси, травматология ва ортопедия бўлимида 8 ойдан 3 ёшгача бўлган 22 та (42 бўғим) сон чаноқ бўғимининг қолдиқ дисплазияси билан касалланган болаларда, периацетабуляр ва аралаш темир спица воситасида туннелизация қилиш усулини бўғимнинг ривожланишига таъсирини ўргандик. Агарда бундай усулда даволашни 2 ёшгача ўтказсак 41 % яхши натижалар олиш имкони бор. Касал боланинг ёши катталашиб борган сари яхши натижа олиш ҳам қийинлашади ва ногиронлик вужудга келиш эҳтимоли юқори бўлади.

Калит сўзлар: болаларда сон чаноқ бўғимининг қолдиқ дисплазияси, туннелизация усули.

### TREATMENT OF THE RESIDUAL DYSPLASIA OF THE COXOFEMORAL JOINT IN CHILDREN USING SOLID TUNNELIZATION

Shavkatov U.Sh, Buriev M.N., Norbekov X.N.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

#### ✓ Resume,

In this work, we studied the effects of periacetabular and combined spinal tunneling on the development of hip joints in 22 children (42 joints) from 8 months old to 3 years with residual hip dysplasia in the department of traumatology and orthopedics at the TashPMI clinic. If treatment is begun aged up to 2 years, then at 41% of children it is possible to receive good results. With age the child these results decrease and if treatment is untimely, then the child can become a disabled person.

Keywords: treatment of the residual dysplasia of the coxofemoral joint in children using solid tunnelization.

#### Актуальность

В современной детской ортопедии наиболее актуальной проблемой является дисплазия тазобедренного сустава. Нарушения формирования тазобедренных суставов в настоящее время относятся к числу частой распространенных видов врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни. Частота встречаемости дисплазии и врожденного вывиха бедра составляет 25-30 случаев

ренных суставов в настоящее время относятся к числу частой распространенных видов врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни. Частота встречаемости дисплазии и врожденного вывиха бедра составляет 25-30 случаев

на 1000 новорожденных, а в экологически неблагоприятных районах в 5-7 раз чаще, поэтому для ортопедов эта проблема является актуальной [1.3.7.8.9]. Под дисплазией тазобедренного сустава понимают нарушение развития всех элементов, образующих тазобедренный сустав: костно-хрящевой основы и окружающих мягкотканых образований - связок, капсулы, мышц, суставов, нервов [2.4.5.6]. Поэтому при лечении этой патологии в каких-то элементах тазобедренного сустава остаётся проблемы, который проявляется остаточной дисплазией. Внедряющиеся в последние годы современные методы и способы ультразвуковой доплерографии открывают широкие перспективы для оценки состояния кровообращения в тазобедренном суставе.

Отдельные исследователи (Сапарова К.Г, 1996; Джалилов А.П. 2005; Кралина С.Э., 2002) изучили качественные показатели кровообращения в нижней конечности и тазобедренном суставе. Однако отсутствует объективные сведения об изменениях кровообращения в сосудах тазобедренного сустава в динамике лечения. Наиболее часто первичная дисплазию сосудов данного бассейна, вызывает нарушение микроциркуляции и венозный стаз, что в последующем приводит к задержке развития костных структур. Поэтому внимание многих исследователей привлекает концепция трофостимулирующего эффекта туннелизации и остеоперфорации и репаративного неоангиогенеза после применения этих методик при ишемических заболеваниях конечностей.

Цель: Оценка стимулирующего влияния периацетабулярной и комбинированной спицевой туннелизации на доразвитие костей тазобедренного сустава у детей младшего возраста с остаточной дисплазией тазобедренного сустава.

### Материалы и методы

В клинике ТашПМИ использовали малотравматичный метод спицевой туннелизации вблизи ростковых зон для возбуждения репаративной регенерации

тканей при врожденной дисплазии костей тазобедренного сустава. В исследование включены 22 ребенка с врожденной остаточной дисплазией костей тазобедренного сустава (42 сустава), находившихся в клинике в период с 2012 по 2016 г. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 3 лет. Девочек было 14, мальчиков - 8. У всех 20 детей патология была двусторонней, у 2 - односторонней. Децентрация головки бедра во впадине в группе детей с остаточной дисплазией имела место в 12 из 22 суставов. Локальные клинические симптомы у всех детей определяли в установленном порядке, частый симптом нарушения походки, нестабильность. Из 10 детей которых ходили самостоятельно, 6 прихрамывали, 4 косолапили. 12 детей не ходили из-за малого возраста. Атрофия мягких тканей бедра в пределах одного-двух сегментов (по сравнению с симметричными отделами контралатерального бедра) отмечалась у 14 детей. Ограничение отведения бедра наблюдалось у 16 детей, у 8 из них была легкая приводящая контрактура. Укорочение нижней конечности на стороне поражения на 0,5-1 см имелось у 4 больных.

Для геометрической характеристики анатомических изменений костей тазобедренного сустава использовали УЗИ тазобедренного сустава и рентгенометрические показатели, которые определяли по рентгенограммам в переднезадней проекции.

### Результаты и обсуждение

Как видно из табл. 1, до лечения во всех группах детей отмечалось уплощение вертлужной впадины. Наименее выраженным изменением формы впадины было у детей с остаточной дисплазией без децентрации головки бедра. Об уплощении впадины свидетельствовало также увеличение толщины ее дна. Уменьшение объема впадины (КГВ и АцК) выявлено у всех детей. Головка бедренной кости была уплощена во всех группах пациентов. Наибольшее уплощение эпифиза обнаружено в суставах детей с врожденной остаточной дисплазией, что указывало на травматический характер его повреждения в результате ранее проведенного лечения.

Таблица 1.

**Рентгенометрические показатели у детей с остаточной дисплазией тазобедренного сустава до лечения**

| Средние рентгенометрические показатели | Остаточная дисплазия |                |
|----------------------------------------|----------------------|----------------|
|                                        | без децентрации      | с децентрацией |
| Ацетабулярный индекс (АИ)              | 27                   | 29             |
| Индекс толщины дна впадины (ИТДВ)      | 2.1                  | 1.8            |
| Ацетабулярный коэффициент (АцК)        | 82                   | 89             |
| Эпифизарный индекс (ЭИ)                | 0.4                  | 0.5            |
| Эпифизарный коэффициент (ЭК)           | 75                   | 74             |

Таблица 2.

**Диаметр головки бедра (в мм) в норме и при остаточном дисплазии сустава при УЗИ исследовании**

| Возраст (мес) | 0    | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 8    | 9    | 10   | 11   | 12   |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Норма         | 14.8 | 14.8 | 15.8 | 16.2 | 17.2 | 17.1 | 18.3 | 19   | 19.3 | 19.9 | 20.3 | 21   |
| Подвывих      | 13.8 | 14.7 | 15.2 | 16.1 | 16.4 | 16.8 | 17.4 | 18.2 | 18.2 | 18.3 | 18.3 | 18.4 |
| n             | 42   | 11   | 15   | 13   | 19   | 13   | 19   | 19   | 20   | 21   | 21   | 21   |

Таблице 2 показаны, диаметр головки бедра у детей до 1 года у всех детей выявлено гипоплазия головки.

Мы использовали две методики лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей: закрытую спицевую периацетабулярную туннелизацию и спицевую туннелизацию через шейки бедра (Беку). Показаниями к применению закрытой периацетабулярной спицевой туннелизации являлись:

1) остаточная дисплазия тазобедренного сустава у детей в возрасте от 8 мес до 3 лет при условии достигнутой центрации головки во впадине с углом сгибания в тазобедренном суставе не более 70° (положение Лоренц-И);

2) рентгенометрические признаки дисплазии вертлужной впадины: АИ не более 35° у детей первого года жизни, не более 25~30° у детей старше 1 года; ИТДВ у детей первого года жизни не менее 1,6, у детей старше 1 года не менее 2,0; АцК не менее 81%;

3) отсутствие задержки оссификации, дистрофических изменений проксимального эпифиза бедренной кости.

Методика закрытой периацетабулярной спицевой туннелизации была применена у 7 больных с врожденной дисплазией костей тазобедренного сустава, в том числе у 3 - с двух сторон. В периацетабулярную область тазобедренного сустава под контролем рентгеноскопии вводили спицы, формируя 6 каналов. Каналы формировали в шахматном порядке по периметру крыши вертлужной впадины до внутренней кортикальной пластинки тела подвздошной кости.

При задержке оссификации проксимального эпифиза бедренной кости, наличии в нем дистрофических изменений (асептический некроз) ставили показания к закрытой спицевой туннелизации через шейку бедра. Данная методика была применена у 16 больных, в том. Первоначально выполняли закрытую периацетабулярную туннелизацию. Затем вводили спицы Киршнера в шейку бедра до субэпифизарной зоны и формировали 6 каналов по периметру шейки. У всех туннелизацию производили однократно.

Анатомо-функциональные результаты лечения оценивали следующим образом: хороший результат - отсутствие жалоб, укорочения нижней конечности, полный объем движений в тазобедренном суставе, АИ менее 25°, ИТДВ более 2,2, КГВ более 0,24, АцК 91-100%, ЭИ не менее 0,6, ЭК 91-100%;

1) удовлетворительный результат - укорочение нижней конечности не более 0,5 см, незначительное ограничение движений в тазобедренном суставе (в пределах 15-20°), АИ 25-30°, ИТДВ 1,8-2,2, КГВ 0,21-0,24, АцК 81-90%, ЭИ не менее 0,5, ЭК 81-90%. В этих случаях было необходимо продолжение фиксации нижних конечностей шиной;

2) неудовлетворительный результат - выраженное прихрамывание, укорочение конечности более 0,5 см, ограничение движений в тазобедренном суставе

таве более 20°, АИ более 30°, ИТДВ менее 1,8, КГВ менее 0,21, АцК менее 81%, ЭИ менее 0,5, ЭК менее 81%. Фиксация нижних конечностей в этих случаях являлась необходимой.

Хороший результат выявили у 9 детей до 2 лет (40.1%), удовлетворительный результат выявлено у 12 детей (54.5%) и у 3 детей неудовлетворительный результат (13%) у которых определено инвалидность.

## Вывод

В данной работе были изучены влияния периацетабулярной и комбинированной спицевой туннелизации костей тазобедренного сустава у детей младшего возраста с остаточной дисплазией тазобедренного сустава.

По нашим данным если лечение начато в возрасте до 2 лет, то у 41% детей удается получить хорошие результаты. При использовании после 2 лет эти результаты снижаются. Лечение остаточной дисплазии тазобедренного сустава должно быть ранним, своевременным систематичным, дифференцировано-комплексным.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шаматов Н. М., Гиязов А. И., Махсумова Ф. К. Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей грудного возраста: // Метод.реком. - Ташкент, 1981. - 20 с.
2. Швабе Ю. Я., Хайруллаев У. Опыт раннего выявления врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей в условиях сельской местности // Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата. -Ташкент, 1981. - С. 75-78.
3. Шумада И. В. Раннее выявление и лечение врожденного вывиха бедра у детей // Ортопедия, травматология и протезирование. - Киев: Здоровья, 1988. - Вып.18. - С. 3-9.
4. Абальмасова, Е.А. Развитие тазобедренного сустава после лечения врожденного подвывиха и вывиха бедра у детей /Е.А. Абальмасова, Е.В. Лузина. - / М. : Медицина, 2007. - 188 с.
5. Кралина, С.Э. Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 6 месяцев до 3 лет : /автореф. дис. □ док.мед. наук. - М., 2008. - 42 с.
6. Курсанов, М.С. Влияние особенностей течения беременности и родов на риск развития патологии тазобедренных суставов у новорожденных /М.С. Курсанов, О.Н. Урванцева //Новые технологии в здравоохранении. - 2010. - № 3. - С. 57-58.
7. Джалилов А.П. Факторы риска в возникновении дисплазии тазобедренного сустава у детей: Ортопедия травматология и протезирование. Харьков.- 2010 №2 - с 79-82.
8. Ultrasound screening for development dysplasia of the hip /G. Riboni, A. Bellinin, S. Serantoni et al //PediatrRadiol. -2003. - Vol.33, №7. -P. 475-81.
9. Witt C. Detecting developmental dysplasia of the hip //Adv Neonatal Care. - 2003. - Vol.3, №2. - P. 65-75.
10. БуриевМ.Н., ШавкатовУ.Ш., НорбековаШ.М. 6 ойликтача-буганболалдрачаноқ сон бугимининг патологияларини аниқлашда ультратовуш текширувининг имкониятлари // Журнал TibbiyotdaYangi Kun 3-4 15-16 (2016) С 263-267

Поступила 16.02. 2018