

## РЕЦИДИВЫ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА И ПОДВЫВИХА БЕДРА (ВВИПВБ) У ДЕТЕЙ.

Корольков А.И.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН  
Украины», г. Харьков

**Цель исследования:** определить факторы, приводящие к рецидиву ВВИПВБ, а также внедрить систему лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение их количества.

**Материал и методы исследования:** Клинический материал составили 169 детей с рецидивом ВВИПВБ (240 суставов), девочек – 101, мальчиков – 68. Возраст до 6 лет был у 47 пациентов (68 суставов), от 6 до 12 – у 71 ребенка (102 сустава), а от 12 до 18 лет – у 51 (70 суставов).

**Результаты и их обсуждение.** разработана концептуальная модель «тазобедренный сустав» (ТБС) с учетом особенностей детского организма и модель развития сустава после лечения ВВИПВБ, показана роль различных факторов, которые влияют на конечный результат лечения. Методом математического моделирования построена объемная конечноэлементная модель ТБС, проведено определение напряженно-деформированного состояния компонентов сустава при ВВИПВБ с учетом особенностей детского возраста, расчет мышечных усилий до и после устранения ВВИПВБ с моделированием различных видов хирургических вмешательств. Описаны и исследованы изменения позвоночно-тазового баланса в сагиттальной плоскости при ВВИПВБ у детей.

Выделены синдромы, которые приводят к развитию рецидива ВВИПВБ у детей, а именно:

- синдром внутрисуставных препятствий к центрации головки бедренной кости (ГБК);
- синдром мягкотканного несоответствия ТБС;
- синдром объемного несоответствия ГБК и вертлужной впадины (ВВп);
- синдром аномалий строения проксимального отдела бедренной кости во фронтальной плоскости, сагиттальной плоскости, а также синдром многоплоскостной деформации проксимального отдела бедренной кости – сочетание нескольких видов аномалий строения проксимального отдела бедренной кости в разных плоскостях;
- синдром недоразвития ВВп (скошенность «крыши», гипоплазия таза и т.д);
- синдром разрушений и реактивных изменений в ТБС.

На основе рентгенологических и компьютерно-томографических данных изучены особенности строения и пространственной ориентации ВВп при ВВИПВБ и выделены определенные их виды.

Проведено сопоставление данных клинических, рентгенологических (в том числе компьютерной томографии), биохимических, ультразвуковых, электромиографических и морфологических исследований при рецидивах ВВИПВБ, что позволило комплексно оценить состояние ТБС и получить прогнозные, диагностические и лечебные критерии дальнейшего развития сустава.

Доказано, что децентрация является одним из первых рентгенологических симптомов развития рецидива ВВИПВБ. Комплекс биохимических и морфологических тестов, позволяет своевременно определить активность процессов разрушения и реактивных изменений в тканях ТБС при рецидивах ВВИПВБ

Разработаны оригинальные устройства и способы лечения ВВИПВБ, позволяющие в значительной степени уменьшить процент неудовлетворительных результатов лечения (в том числе и рецидивов) или, при их наличии, значительно отдалить развитие коксартроза и, соответственно, улучшить конечный результат лечения. Система комплексной реабилитации детей после повторных хирургических вмешательств на ТБС с

использованием устройства для автоматической разработки движений в тазобедренном суставе позволяет значительно улучшить функциональный результат лечения.

**Заключение.** На основе интеграции полученных данных внедрена в клиническую практику система лечебно-диагностических мероприятий при рецидивах ВВиПВБ, которая в зависимости от индивидуальных возрастных и анатомо-функциональных изменений в организме ребенка, позволяет получить до 85,15 % хороших и удовлетворительных результатов у детей до 6 лет и до 78,42 % в возрасте от 6 до 18 лет.