***Министерство здравоохранения Республики Беларусь***

***Витебский государственный медицинский университет***

***Курс детской хирургии***

Зав. кафедрой: доц. А.П. Шмаков

Преподаватель: доц. А.П. Шмаков

*Учебная история болезни*

Зайцевой Дарьи Владимировны (4 года)

***Клинический диагноз:*** Врожденный вывих правого бедра, III ст.

***Куратор:***

Ст. ЛФ, 5к.,28гр.

*Демиденко В.А.*

***Витебск, 2012***

***Паспортная часть.***

ФИО: Зайцева Дарья Владимировна

Дата рождения: 10.02.2008 (3г 11мес.)

Пол: женский

Адрес: г.Орша, ул. Воз-ан-Влен, 15-7.

Направившее учреждение: УЗ «2-я Оршанская детская поликлиника»

Диагноз при направлении: врожденный вывих правого бедра, III ст.

Диагноз при госпитализации: врожденный вывих правого бедра, III ст.

Диагноз клинический: врожденный вывих правого бедра, III ст.

Дата и время госпитализации: 25.01.2012 14.40

Согласие родителей при госпитализации ребенка на проведение необходимых исследований и хирургического вмешательства: получено

***Жалобы при поступлении.***

Со слов матери, жалобы на хромоту справа, укорочение правой нижней конечности.

***Анамнез настоящего заболевания.***

Со слов матери, заболевание впервые выявлено в год при осмотре детским ортопедом, от консервативного лечения мать отказалась из-за недооценки тяжести патологии опорно-двигательного аппарата ребенка. Заболевание связывает с наследственной предрасположенностью, так как у ее родной сестры имелся такой же порок развития при рождении. Во время беременности плод находился в ягодичном предлежании, родоразрешение путем кесарева сечения (вес при рождении 3100г., длина тела 51 см). Дочь начала ходить в 14 месяцев, хромала. С данными жалобами мать обратилась к участковому педиатру, после обследования в УЗ «2-я Оршанская детская поликлиника» направлена в ВДОКБ с дигнозом: «врожденный вывих правого бедра, III ст.» для плановой операции.

***Анамнез жизни.***

1. ***Антенатальный период***

Вторая беременность, без осложнений. Родоразрешение 10.02.2008 путем кесарева сечения (ягодичное предлежание плода).

2. ***Характеристика новорожденного.***

Доношенная, вес 3100г., длина тела 51 см., окружность головы 34см., окружность груди 33 см. Первый раз приложили к груди на первые сутки, сосала охотно. Вскармливалась грудью до 9 месяцев. Режим кормления: 7 раз в сутки. Прикорм с 4,5 месяцев.

В данный момент питание полноценное, аппетит хороший, стул нормальный.

3.***Показатели физического и психомоторного развития***.

Первые зубы прорезались в 6 месяцев, ходить стала в 14 мес, говорить в 14 месяцев.

4. ***Перенесенные заболевания:*** с полутора лет ОРИ 1-2 раза в год.

6. Привита по календарю.

7. Аллергологический анамнез не отягощен.

8.Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицается. Наследственность отягощена со стороны матери (сестра родилась с врожденным вывихом правого бедра). Родители алкоголем не злоупотребляют, в семье курит отец.

***Объективное обследование.***

Рост: 103 см

Вес: 16,5 кг

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение**:** активное

Тип телосложения**:**  нормостенический

Кожные покровы бледные, умеренной влажности, чистые, тургор, эластичность не изменены. Дермографизм белый. Зев спокоен. Миндалины не гипертрофированы, налетов нет. Язык влажный, не обложен. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы не увеличены, эластичные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, безболезненные. Подкожная клетчатка выражена умеренно. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

# ***СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.***

# При осмотре грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется.

# При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.medioclavicularis sinistra. Толчок локализованный, площадью 0,5 см., нормальной высоты и силы. Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

***Границы относительной тупости сердца:***

Правая--- на 0,5 см кнутри от правого края грудины на уровне 4 межреберья.

Левая--- на 0,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra на уровне 5 межреберья.

Верхняя--- верхний край 3 ребра по l. parasternalis.

Поперечник относительной тупости сердца - 9 см. Поперечник сосудистого пучка во II межреберье составляет 4 см.

При аускультации тоны сердца ясные, ритм правильный.

ЧСС --- 115 ударов минуту.

Видимых пульсаций сонных, подключичных и других периферических артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует. При пальпации: артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные. Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс нормального напряжения и наполнения, ритм правильный.

# ***Система органов дыхания.***

Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения. Отделяемого из носа нет. Обоняние не нарушено.

Грудная клетка формы усечённого конуса, симметричная, без видимых деформаций.

Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ребра направлены косо-поперечно, сверху вниз. Эпигастральный угол приблизительно 90 град. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, диафрагмальное, средней глубины. ЧД 25 в 1 мин. При пальпации грудная клетка безболезненна, поперечная и продольная нагрузка болевыми ощущениями не сопровождается.

***Данные топографической перкуссии.***

Верхняя граница легких у детей дошкольного возраста не определяется, так как верхушки не выходят за ключицы из-за высокого стояния верхней апертуры грудной клетки и относительно короткой шеи.

***Нижние границы легких.***

Правое легкое Левое легкое

L.medioclavicularis VI ребро

L.axillaris anter. VII р. VII р.

L.axillaris med. VIII р. VIII р.

L.axillaris poster. IX р. IX р.

L.scapularis X р. X р.

L.paravertebralis остистый отросток TXI

При сравнительной перкуссии над обоими легкими ясный легочной звук.

***Подвижность легочного края по l. аxillaris media***

Левого легкого:

* на вдохе --- 2см.
* на выдохе --- 2см.
* суммарная --- 4см.

Правого легкого:

* на вдохе --- 2см.
* на выдохе --- 2см.
* суммарная --- 4см.

При аускультации над легочной тканью определяется везикулярное дыхание. Бронхофония и голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой.

***Система пищеварения.***

Аппетит хороший, жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются. Стул регулярный, акт дефекации безболезненный, отхождение газов свободное.

Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения нет. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Менделя, Ровзинга отрицательные.

При глубокой пальпации патологии не выявлено.

Селезенка не пальпируется.

Размер печени по Курлову 6-5-4см

В точке желчного пузыря болезненность не определяется.

Симптомы Ортнера, Кера отрицательные.

Перкуторно ширина селезенки 5см;длина 8см

# ***Мочеполовая система.***

Мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Поясничная область без особенностей. Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

# ***Нейропсихическое состояние и органы чувств.***

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Патологических рефлексов не выявлено. Симптомы Кернига, Бабинского отрицательные. Кожная чувствительность сохранена в полном объеме.

Шепотную речь слышит на расстоянии 6м. Зрение не снижено. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая.

***Status Localis.***

Ребенок ходит самостоятельно, прихрамывая на правую ногу. Визуально – асимметрия бедренно-ягодичных складок, уплощение ягодичной области справа, усилен поясничный лордоз. При стоянии на двух ногах отмечается перекос таза вправо. Надколенники при перекосе таза находятся практически на одном уровне. Отмечается S-образный сколиоз грудного и поясничного отдела позвоночника при стоянии на двух ногах. При стоянии на левой нижней конечности сколиоз исчезает. При стоянии на правой нижней конечности резко выражен симптом Тренделенбурга. Выражена наружная ротация правой нижней конечности. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона (соединяет седалищный бугор с верхнепередней остью подвздошной кости). Определяется ограничение отведения правого бедра до 45 градусов и относительное укорочение правой нижней конечности до 2 см. Движения и чувствительность пальцев правой стопы не нарушены.

***Лабораторные, специальные и дополнительные методы исследования.***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ крови от 13.02.2012*** | |
| Гемоглобин | 123г/л. |
| Эритроциты | 4,3·1012/л |
| Тромбоциты | 402 · 109/л |
| ЦП | 0,85 |
| СОЭ | 8 мм/час. |
| Лейкоциты | 6,2·109/л |
| Базофилы | 1% |
| Эозинофилы | 3% |
| *Нейтрофилы*: |  |
| Сегментоядерные | 42% |
| палочкоядерные | 2% |
| Лимфоциты | 46% |
| Моноциты | 6% |

*Заключение: без патологии*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ мочи от 13.02.2012*** | |
| цвет | желтая |
| прозрачность | прозрачная |
| реакция | кислая |
| уд.вес | 1020 |
| глюкоза | нет |
| белок | нет |
| лейкоциты | 1-2 в поле зрения |
| эритроциты | нет |
| эпителий | плоский, единичный в п/з |
| цилиндры | нет |

*Заключение:* без патологии

|  |  |
| --- | --- |
| ***Биохимический анализ крови от 13.02.2012*** | |
| Общий белок | 76 г/л |
| Мочевая кислота | 116,1 мкмоль/л |
| Мочевина | 4,15 ммоль/л |
| Билирубин свободный | 6,6 мкмоль/л |
| Глюкоза | 4,87ммоль/л |
| *Na* | 139,3 ммоль/л |
| К К | 4,61 ммоль/л |
| CL Cl | 103,8 ммоль/л |

*Заключение:* без патологии

***ЭКГ от 13.02.2012.***

*Заключение:* Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 116 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

***Данные Rtg-исследования (10.02.2012)***

***Rtg-графия тазобедренных суставов в прямой проекции на скелетном вытяжении.***



Головка правого бедра практически отсутствует. Проксимальный конец правого бедра низведен до уровня вертлужной впадины. Крыша вертлужной впадины скошена. Ацетабулярный индекс – 45%. Линия Шентона справа двугорбая – отмечается латерализация бедра.

***Заключение:*** врожденный вывих правого бедра, III ст.

***Обоснование диагноза.***

На основании:

* ***жалоб*** - со слов матери, на хромоту справа, укорочение правой нижней конечности;
* ***данных анамнеза*** - заболевание впервые выявлено в год при осмотре детским ортопедом, от консервативного лечения мать отказалась из-за недооценки тяжести патологии опорно-двигательного аппарата ребенка. Заболевание связывает с наследственной предрасположенностью, так как у ее родной сестры имелся такой же порок развития при рождении. Во время беременности плод находился в ягодичном предлежании, родоразрешение путем кесарева сечения (вес при рождении 3100г., длина тела 51 см). Дочь начала ходить в 14 месяцев, хромала;
* ***данных объективного исследования*** - ребенок ходит самостоятельно, прихрамывая на правую ногу. Визуально – асимметрия бедренно-ягодичных складок, уплощение ягодичной области справа, усилен поясничный лордоз. При стоянии на двух ногах отмечается перекос таза вправо. Надколенники при перекосе таза находятся практически на одном уровне. Отмечается S-образный сколиоз грудного и поясничного отдела позвоночника при стоянии на двух ногах. При стоянии на левой нижней конечности сколиоз исчезает. При стоянии на правой нижней конечности резко выражен симптом Тренделенбурга. Выражена наружная ротация правой нижней конечности. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона (соединяет седалищный бугор с верхнепередней остью подвздошной кости). Определяется ограничение отведения правого бедра до 45 градусов и относительное укорочение правой нижней конечности до 2 см. Движения и чувствительность пальцев правой стопы не нарушены;
* ***данных Rtg-исследования*** ***(10.02.2012)*** - головка правого бедра практически отсутствует. Проксимальный конец правого бедра низведен до уровня вертлужной впадины. Крыша вертлужной впадины скошена. Ацетабулярный индекс – 45%. Линия Шентона справа двугорбая – отмечается латерализация бедра.

можно выставить ***следующий диагноз:***

*врожденный вывих правого бедра, III ст*.

***Лечение.***

***Реферат.***

Врожденный вывих бедра представляет собой тяжелую степень дис­плазии тазобедренного сустава и является одной из наиболее час­то встречающихся деформаций опорно-двигательного аппарата, ведущей к нарушению статики и трудоспособности больного.

Под дисплазиеи тазобедренного сустава понимают нарушение развития костно-хрящевой основы, связочно-капсульного и мы­шечного аппаратов сустава.

***Лечение.*** Залог успеха — в раннем применении функци­онального метода лечения, основной принцип которого состоит в достижении центрации головки бедра на вертлужную впадину пу­тем постепенного отведения и сгибания бедер, в удержании в этом положении с сохранением подвижности в суставе до полного ана­томического восстановления тазобедренного сустава.

***Для устранения предвывиха (дисплазии)*** достаточным являет­ся широкое пеленание с помощью сложенной в несколько слоев пеленки, фиксируемой в промежности другой пеленкой в виде треугольника. Это позволяет удержать ноги новорожденного в положении отведения и сгибания в тазобедренных суставах. Если в возрасте 1 мес сохраняется симптом соскальзывания, а на рен­тгенограмме выявляется неполная центрация головки бедра на вертлужную впадину, необходимо начать лечение шинами-распор­ками. После прекращения широкого пеленания рекомендуются массаж, лечебная гимнастика.

*Первое упражнение:* ноги ребенка сгибают в тазобедренных и коленных суставах, отводят до плос­кости пеленального стола без насилия, затем приводят в обратное положение и выпрямляют;

*Второе упражнение:* в положении со­гнутых в тазобедренных и коленных суставах ног с разведением производят вращательные движения с легким усилием по оси бед­ра.

Упражнения выполняют 4—5 раз в сутки перед кормлением до 8—12 упражнений за один сеанс.

***Для лечения подвывиха бедер в возрасте от 1 мес до 1 года*** хорошо зарекомендовала себя отводящая постоянно фиксирующая шина-распорка (Л. Е. Лактаева). Методика проста: в положении отведения и сгибания ног в коленных и тазобедренных суставах на голени над голеностопными суставами накладывают манжетки из мягкой ткани, к ним фиксируют палочку-распорку (25—30—35 см), обернутую той же тканью. В течение 3—4 нед происходит цент-рация головки на вертлужную впадину. Сроки фиксации 3—5 мес. Осложнений не наблюдается. Для лечения подвывиха применяют и другие приспособления: шину Виленского, «шину-палочку» из винипласта Рижского НИИ травматологии и ортопедии, отводя­щую шину ЦИТО, подушку Фрейка, стремена Павлика.

***Лечение врожденного вывиха бедра*** — задача более сложная. С периода новорожденности до 6 мес лечение проводят по функ­циональной методике на отводящей постоянно фиксирующей шине-распорке в течение 4—6 мес. Возможно применение выше­указанных приспособлений. Обычно вправление-центрация голов­ки бедра происходит в течение 3—4 нед, что контролируется пол­ным отведением (до 90°) бедер и рентгенографией. После центрации головки бедра во впадине через 1—1,5 мес применяют мас­саж ягодичных мышц, лечебную гимнастику.

Если в течение 2 мес вывих на отводящих шинах вправить не удалось, целесообразно пе­рейти к постепенному вправлению с помощью функциональной облегченной гипсовой повязки.

***В случае позднего диагноза вы­виха бедра (от 6 до 12 мес)*** рекомендуется комбинированный ме­тод лечения: в течение месяца применение отводящей шины-рас­порки для постепенного преодоления ретракции мышц-аддукто­ров, затем использование облегченной функциональной гипсовой повязки для вправления вывиха и удержания центрированной го­ловки бедра во впадине.

Методика наложения облегченной гипсовой повязки: на нож­ки ребенка, согнутые в тазобедренных и коленных суставах до 90°, накладывают от верхней трети бедра до нижней трети голени ватно-марлевые прокладки и гипсовые повязки, ножки ребенка без насилия отводят и к гипсовым повязкам фиксируют палочку-рас­порку (при высоком вывихе придают ножкам аксиллярное поло­жение). Через 5—7 дней отведение увеличивают сменой пал­ки-распорки. Через 3—4 этапа головка бедра обычно вправляется в вертлужную впадину, что подтверждается клинически (выраже­ны и симметричны бедренно-ягодичные складки) и рентгеногра­фией.

Через 5—6 мес повязку снимают, но еще в течение 2—3 мес ребенок должен находиться в шине-распорке или шине Виленского. Необходимы массаж и лечебная гимнастика.

***У детей в возрасте 1—2 лет*** добиться самопроизвольного вправле­ния врожденного вывиха бедра на отводящих шинах, приспособле­ниях удается крайне редко. Большинство ортопедов рекомендуют од­номоментное закрытое вправление по методам Лоренца, Зацепина, Шанца, Шнейдерова. Манипуляцию производят под наркозом. После вправления вывиха накладывают циркулярную гипсовую по­вязку в положении «Лоренц I» (сгибание ног до угла 90° в тазобед­ренных и коленных суставах при полном отведении бедер до фрон­тальной плоскости), в процессе лечения придается положение «Ло­ренц II» — разгибание ног до тупого угла; «Лоренц III» — ноги пол­ностью разогнуты и несколько отведены. Срок фиксации составляет 8—12 мес.

***По методу С. Д. Терновского и М. В. Волкова*** с целью пре­дупреждения аваскулярного некроза головки бедра и стойких контрак­тур после вправления вывиха через месяц удаляют переднюю часть тазового отдела гипсовой повязки. Ребенок получает возможность са­диться, совершая движения вертлужных впадин вокруг головок фик­сированных бедер. Повязку снимают через 5—6 мес; после массажа и лечебной физкультуры, выполняемых в течение месяца, ребенку разрешается ходить.

При высоких вывихах бедра разработан метод постепенного вправления головки бедра в вертлужную впадину конструкциями аппарата Илизарова.

В настоящее время большинство ортопедов пришли к единому мнению, что ***дети старше 2 лет с врожденным вывихом бедра должны подвергаться хирургическому лечению.***

Консервативные методы лечения (по показаниям) обеспечи­вают лучшие результаты. Полное анатомическое и функциональ­ное восстановление тазобедренного сустава удается получить при лечении на 1-м месяце жизни ребенка в 100 % случаев, в возра­сте от 2 до 6 мес — в 89,2%, от 6 до 12 мес — в 78%, в возрасте 1—2 лет — в 57,2% (Л. Е. Лактаева). Оперативное вмешательство является очень травматичным мероприятием; при врожденном вывихе бедра оно не устраняет полностью анатомических и функ­циональных изменений.

Дети, которые лечились по поводу врожденного подвывиха и вывиха бедра, должны находиться на диспансерном наблюдении до завершения пубертатного периода.

***Лечение данной пациентки***

***26.01.2012 10.00-10.25 – скелетное вытяжение.***

***Премедикация:***

Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 0,1ml в/в за 30 мин до операции

Sol. Dimedroli 1% - 0,4ml в/в за 30 мин до операции

***Протокол операции:***

Под масочным изофлюрановым наркозом после обработки операционного поля через нижний метаэпифиз правой бедренной кости проведена спица Киршнера, которая укреплена и натянута в скобе Киршнера. Проведена обработка мест выхода спицы спиртом, наложена асептическая повязка. Масса груза в начале лечения – 2кг, к концу первых суток доведена до 4кг. Продолжительность скелетного вытяжения – 20 дней.

***В послеоперационном периоде:***

Sol. Analgini 50% - 0,5ml в/в 3 раза в день в течение 3 дней.

Sol. Dimedroli 1% - 0.5ml в/в 3 раза в день в течение 3 дней.

***14.02.2012*** ***10.00-14.25*** ***–*** ***деротационно-укорачивающая остеотомия верхней трети правого бедра. Остеотомия таза по Солтеру справа с трансплантацией аутокости с кортикальным слоем из бедра в таз.***

***Обоснование:***

Клинически вывих правого бедра низведен до уровня сустава. Сохраняется латеропозиция бедра. Обследована и подготовлена для оперативного лечения.

***Премедикация:***

Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 0,1ml в/мышечно за 30 мин до операции

Sol. Dimedroli 1% - 0,5ml в/мышечно за 30 мин до операции.

***Протокол операции:***

В операционной под изофлюрановым эндотрахеальным наркозом после обработки кожи выполнен разрез Смит-Петерсена справа. Отсечена портняжная мышца с костной пластинкой от таза. Тупо отслоены мышцы снутри и снаружи от подвздошной кости до большой седалищной вырезки. Z-образно рассечено сухожилие прямой мышцы, отсечена подвздошно-поясничная мышца от малого вертела бедра. Капсула сустава мобилизована со всех сторон, рассечена сверху вниз. Головка вывихнута в рану, иссечена круглая связка, поперечная связка, жировое тело. Головка вправляется во впадину.

Разрез 8 см. от верхней трети правого бедра вниз по наружной поверхности до бедренной кости. Произведена деротационно-укорачивающая остеотомия бедра на границе верхней и средней трети на 1,5 см., остеосинтез пластиной на 4 винта. Rtg – антеторсия 0 градусов.

Остетомия таза по Солтеру справа с трансплантацией аутокости с кортикальным слоем из бедра в таз. Остеосинтез двумя спицами.

Открытое вправление вывиха, иссечение излишка капсулы, пластика капсулы. Rtg-контроль: вывих вправлен, покрытие головки полное, ацетабулярный индекс 15. Гемостаз, активные дренажи в раны. Послойное ушивание ран, кокситная гипсовая повязка.

***Данные интраоперацинного Rtg-исследования (14.02.2012)***

******

******

Головка правой бедреной кости центрирована в вертлужную впадину. Фрагменты правой бедренной кости скреплены пластиной с шурупами.

***В операционной введены следующие препараты:***

Sol. Diazepami 0.5% - 1/5ml в/в

Sol. Calypsoli 5% - 1,5ml в/в

Sol. Dithylini 2% - 1,5ml в/в

Sol. Tracriumi 1% - 2ml в/в

Sol. Phentanyli 0,005% - 4ml в/в

Эритроцитарная масса В(III) Rh+ 150ml

***Инфузионная терапия:***

Sol. Glucosae 5% - 500ml в/в капельно.

Sol. Ringeri 250ml в/в капельно.

Sol. Natrii chloridi 0,5% - 500ml в/в капельно.

***В послеоперацинном периоде:***

Sol. Promedoli 2% - 0,2ml в/мышечно однократно – 16.02.2012 23.00

Cefotaximi 0,5 в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Sol. Analgini 50% - 0,4ml в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Sol. Dimedroli 1% - 0.4ml в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

***Инфузионная терапия (первые сутки после операции):***

Sol. Glucosae 5% - 200ml в/в капельно.

Sol. Ringeri 500ml в/в капельно.

Sol. Glucosae 5% - 200ml + Sol. Kalii chloridi 7,5% - 10ml в/в капельно.

***Течение болезни.***

***Течение болезни до дня курации.***

Больная поступила в ВДОКБ 25.01.2012г, 26.01.2012г было налажено скелетное вытяжение через нижний метаэпифиз правой бедренной кости для подготовки к плановой операции. Масса груза в начале лечения – 2кг, к концу первых суток доведена до 4кг. Продолжительность скелетного вытяжения – 20 дней.

К 13.02.2012г. проксимальный конец правого бедра низведен до уровня вертлужной впадины. Сохранилась латеропозиция бедра. Обследована и подготовлена для оперативного лечения.

14.02.1012г - деротационно-укорачивающая остеотомия верхней трети правого бедра. Остеотомия таза по Солтеру справа с трансплантацией аутокости с кортикальным слоем из бедра в таз. Введены активные дренажи в раны. Наложена кокситная гипсовая повязка.

Rtg-контроль: Головка правой бедреной кости центрирована в вертлужную впадину: вывих вправлен, покрытие головки полное, ацетабулярный индекс 15. Фрагменты правой бедренной кости скреплены пластиной с шурупами.

После операции переведена в РАО ВДОКБ. Первые сутки – состояние тяжелое стабильное. Переведена в травматологическое отделение 15.02.2012 с улучшением состояния. Получала до 19.02.2012г лечение цефотаксимом, анальгином, димедролом. Дренажи удалены 16.02.2012. Швы сняты 21.02.2012г., раны зажили первичным натяжением.

***Дневники наблюдения.***

***27.02.2012г.*** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Температура - 36,9. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД– 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. PS 117 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Диурез в пределах нормы (1100ml за сутки). Кокситная гипсовая повязка не жмет. Стопы теплые, трофических и двигательных расстройств нет.

***Назначения:***

Режим постельный.

Стол № 15.

***28.02.2012г.*** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Температура - 36,8. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД– 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. PS 115 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Диурез в пределах нормы (1000ml за сутки). Кокситная гипсовая повязка не жмет. Стопы теплые, трофических и двигательных расстройств нет. Выписывается домой под наблюдение участкового педиатра.

***Заключительный клинический диагноз:*** врожденный вывих правого бедра, III ст.

***Эпикриз.***

Больная Зайцева Дарья Владимировна, 4 лет, находилась на лечении в травматологическом отделении ВДОКБ с 25.01.2012 по 28.02.2012. при поступлении жалобы (со слов матери) на хромоту справа, укорочение правой нижней конечности.

Из анамнеза стало известно, что заболевание впервые выявлено в год при осмотре детским ортопедом, от консервативного лечения мать отказалась из-за недооценки тяжести патологии опорно-двигательного аппарата ребенка. Заболевание связывает с наследственной предрасположенностью, так как у ее родной сестры имелся такой же порок развития при рождении. Во время беременности плод находился в ягодичном предлежании, родоразрешение путем кесарева сечения (вес при рождении 3100г., длина тела 51 см). Дочь начала ходить в 14 месяцев, хромала.

Объективно - ребенок ходит самостоятельно, прихрамывая на правую ногу. Визуально – асимметрия бедренно-ягодичных складок, уплощение ягодичной области справа, усилен поясничный лордоз. При стоянии на двух ногах отмечается перекос таза вправо. Надколенники при перекосе таза находятся практически на одном уровне. Отмечается S-образный сколиоз грудного и поясничного отдела позвоночника при стоянии на двух ногах. При стоянии на левой нижней конечности сколиоз исчезает. При стоянии на правой нижней конечности резко выражен симптом Тренделенбурга. Выражена наружная ротация правой нижней конечности. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона (соединяет седалищный бугор с верхнепередней остью подвздошной кости). Определяется ограничение отведения правого бедра до 45 градусов и относительное укорочение правой нижней конечности до 2 см. Движения и чувствительность пальцев правой стопы не нарушены.

Данные Rtg-исследования (10.02.2012) - головка правого бедра практически отсутствует. Проксимальный конец правого бедра низведен до уровня вертлужной впадины. Крыша вертлужной впадины скошена. Ацетабулярный индекс – 45%. Линия Шентона справа двугорбая – отмечается латерализация бедра.

***Клинический диагноз:*** врожденный вывих правого бедра, III ст.

***Операции.***

***26.01.2012 –*** скелетное вытяжение.

К 13.02.2012г. проксимальный конец правого бедра низведен до уровня вертлужной впадины. Сохранилась латеропозиция бедра. Обследована и подготовлена для оперативного лечения.

***14.02.2012*** – деротационно-укорачивающая остеотомия верхней трети правого бедра. Остеотомия таза по Солтеру справа с трансплантацией аутокости с кортикальным слоем из бедра в таз. Наложена кокситная гипсовая повязка.

В операционной трансфузия эритроцитарной массы В(III) Rh+ 150ml

***Послеоперационное лечение***.

Sol. Promedoli 2% - 0,2ml в/мышечно однократно – 16.02.2012 23.00

Cefotaximi 0,5 в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Sol. Analgini 50% - 0,4ml в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Sol. Dimedroli 1% - 0.4ml в/в 3 раза в сутки в течение 5 дней.

***Инфузионная терапия (первые сутки после операции):***

Sol. Glucosae 5% - 200ml в/в капельно.

Sol. Ringeri 500ml в/в капельно.

Sol. Glucosae 5% - 200ml + Sol. Kalii chloridi 7,5% - 10ml в/в капельно.

Дренажи удалены 16.02.2012. Швы сняты 21.02.2012г., раны зажили первичным натяжением.

Выписывается домой под наблюдение участкого педиатра. Пациентка продолжает лечение в кокситной гипсовой повязке.

***Рекомендовано:*** режим постельный, нахождение в кокситной повязке в течение 1,5 мес.; госпитализация 12.04.2012г в ВДОКБ для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

***Прогноз.***

***Прогноз для жизни и здоровья*** сомнительный, так как невозможно полное восстановление функции поврежденной конечности.

***Прогноз для функционально-анатомического восстановления*** правого тазобедренного сустава сомнительный (возможно развитие диспластического коксартроза), так как вовремя не было начато необходимое лечение, но при условии соблюдения всех рекомендаций врача прогноз может улучшиться.

***Профилактика.***

1. ***Профилактика врожденных пороков.***

Первичная профилактика направлена на оздоровление окружающей среды и на принятие ряда мер по улучшению здоровья родителей перед и во время предстоящей беременности с целью предупреждения формирования и развития плода с врожденной патологией. Эта профилактика проводится на четырех уровнях онтогенеза человека.

**Первый уровень – прегаметический.** На этом уровне проводят мероприятия по охране окружающей среды и здоровья родителей в репродуктивном возрасте.

Охрану окружающей среды с генетической точки зрения необходимо осуществлять посредством удаления из нее мутагенных факторов, терато- и канцерогенов. Этого можно достичь путем уменьшения вредных выбросов в атмосферу, снижения уровня загрязнения почвы солями тяжелых металлов, сточных и подземных вод ядохимикатами, пестицидами. Большое значение в санации окружающей среды имеют складирование и утилизация отходов радиоактивного топлива в отдаленных и малозаселенных регионах страны.  
Охрану здоровья семьи в репродуктивном возрасте родителей следует осуществлять путем своевременного выявления и лечения соматической, андрологической, гинекологической патологии, соблюдения режима дня, рационального питания.

**Второй уровень – презиготический.** По показаниям родителям проводят медико-генетическое консультирование с обследованием семьи и преконцепционной профилактикой, что позволяет выявить следующие факторы риска для гамето- и эмбриогенеза:

* профессиональные и бытовые вредности;
* отягощенность генетического и акушерского анамнезов;
* уровень здоровья супругов;
* нарушения гормональной функции;
* патологии сперматогенеза;
* цитогенетические нарушения;
* десинхронизацию репродуктивных процессов;
* соматические патологии; носительство инфекций;
* генеалогическую и андрологическую патологии.

Преконцепционная профилактика, кроме медико-генетического консультирования, включает превентивную санацию и устранение потенциальных терато- и мутагенов; синхронизацию репродуктивных процессов в период эмбриогенеза. Суть превентивной санации заключается в том, что при выявлении патологии у супругов им проводят ряд мероприятий, направленных на нормализацию условий раннего онтогенеза, дают рекомендации по устранению потенциальных терато- и мутагенов за 2-3 мес до беременности. Также необходимо уделять должное внимание синхронизации репродуктивных процессов – планированию зачатия в летне-осенний период, выбору времени зачатия в соответствии с овуляцией.  
Для ликвидации патологических процессов в организме, нормализации обменных процессов, повышения устойчивости к негативным экологическим факторам, создания благоприятных условий для гамето- и эмбриогенеза за 3 мес до зачатия родителям рекомендуют диету, богатую содержанием фолиевой кислоты, витаминами В, С, Е, РР, назначают поливитамины типа Прегнавит, Элевит Пронаталь. Комплекс вышеуказанной терапии положительно влияет как на работу органов и систем, так и на создание благоприятных условий для гамето- и эмбриогенеза.

**Третий уровень – пренатальный.** После наступления беременности, на 9-11-й неделе проводят УЗИ плода и определяют уровни a-фетопротеина, хорионического гонадотропина человека на сроках 14-20 нед, после чего по показаниям выполняют амнио-, плаценто- и кордоцентез. На 16-21 нед осуществляют повторное УЗИ плода.

Вышеуказанная методика ведения беременности у женщин после преконцепционной профилактики дает возможность значительно снизить частоту осложнений беременности (гестозов, угрозы прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности, дистресса плода). За счет оптимальных тканевых биоэнергетических и биосинтетических процессов, нормализации гомеостаза организма матери необходимость применения инвазивных методов пренатальной диагностики сокращается в два раза.

**Четвертый уровень – постнатальный.** Новорожденного осматривают врач-неонатолог, а также врач-генетик с использованием соматогенетического исследования с синдромологическим анализом и дополнительных методов клинико-генетического обследования. Повторные осмотры проводят в 3; 6 и 12 мес.

**2. Профилактика врожденного вывиха бедра.**

 Состоит в прерывании патологического процесса на ранних стадиях развития сустава с помощью лечебных мер, которые позволили бы управлять этим процессом и направлять по пути нормального развития всех его тканевых структур. Это тем более важно, так как лечебная тактика в первые месяцы жизни ребенка не зависит от степени тяжести патологии.

1. **Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра.**

Наличие дисплазии суставов у родителей, тазовое предлежание плода, крупный плод, деформация стоп, гестозы беременных должны настораживать в плане возможной врождённой патологии суставов. Риск врождённой патологии тазобедренного сустава в этих случаях возрастает десятикратно. Поэтому таких детей, даже если ортопедическая симптоматика отсутствует, относят к [группе риска](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D0%B0_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0) по врождённому вывиху бедра.

На врожденный вывих бедра указывает отягощенная наследственность, патология беременности, клинические признаки нестабильности тазобедренного сустава, или признаки смещения головки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине.

[Ультразвуковое](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA) и [рентгенологическое](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD) исследование, информативные и чрезвычайно важные методы диагностики, являются вторичными по отношению к клиническим методам.

Своевременно заподозрить или поставить диагноз должен врач ортопед при осмотре новорождённых в родильном доме. Далее больные дети и дети [группы риска](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D0%B0_%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0) наблюдаются ортопедом по месту жительства. Всем больным детям и новорождённым из группы риска назначается ортопедическое лечение, которое продолжается до уточнения окончательного диагноза.

Все эти [дети](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%82%D0%B8) должны наблюдаться ортопедом и должны быть обследованы с применением ультразвукового, а с 3-х месячного возраста с применением рентгеновского [метода](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4). Диагноз окончательно формулирует [врач](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%80%D0%B0%D1%87) [ортопед](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4) по месту жительства на основании осмотра, результатов инструментальных методов и на основании динамического наблюдения ребёнка.

***Особенности течения заболевания у данного пациента.***

В процессе курации выявлены следующие особенности течения заболевания:

* поздняя диагностика патологии опорно-двигательного аппарата ребенка;
* отказ матери от консервативного лечения после выявления данного порока развития;
* низведение проксимального конца правого бедра до уровня вертлужной впадины с помощью скелетного вытяжения (в течение 20 дней) перед операцией;
* выполнение травматичной операции на поздних сроках, когда невозможно восстановить полностью анатомически функциональную конфигурацию сустава;

***Литература, изученная по данному заболеванию:***

1. Ю.Ф. Исаков «Хирургические болезни у детей, Москва, «Медицина», 1998г., стр.587-598.

***Интернет-источники:***

<http://www.trvm.ru/orthopedics/index_494.html>

<http://www.medmoon.ru/rebenok/d_bol82.html>

<http://www.weborto.net/forum/1297326484/index_html>

<http://votromashka.narod.ru/ortopediya/>

<http://works.tarefer.ru/51/100365/index.html>

<http://www.docto.info/specialists/168/>

<http://www.sgmu.ru/edu/learn/student/eman/pediatrics/investigation/breath.pdf>

<http://woman.health-ua.com/article/170.html>