

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

УДК 615.8

Подгорная О.В., Выборнов Д.Ю., Крестьяшин В.М., Тарасов Н.И., Даринская Л.Ю.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

PHYSICAL FACTORS IN COMPLEX MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP

Podgornaya OV., Vyibornov DYu., Krestyashin VM., Tarasov NI., Darinskaya LYu.

«Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine», Moscow, Russia

Введение

Актуальность ранней диагностики и лечения врожденного вывиха бедра обусловлены высокой частотой регистрации данной патологии у детей, поздней диагностикой, запоздалым началом лечения, развитием осложнений.

Диспластический вывих бедра – врожденное нарушение или прогрессирующая на первом году жизни ребенка патология, связанная с нарушением формирования тазобедренного сустава, характеризуется недоразвитием головки бедренной кости и вертлужной впадины, и, как следствие, недостаточной стабильностью сустава, что характеризуется развитием признаков вывиха (децентрации). Регистрируется чаще при ягодичном предлежании плода, с частотой от 1–3 случаев на 1000, преобладает у девочек (1:3), на левой стороне (1:1,5), в 55% случаев протекает на фоне множественных признаков дисплазии опорно-двигательной и нервной систем [1].

Врожденный вывих бедра – крайняя степень выраженности дисплазии тазобедренного сустава, в последние годы встречается все чаще (от 2 до 6 на 1000 новорожденных), распространяется на все элементы тазобедренного сустава: вертлужную впадину, головку бедренной кости с окружающими мышцами, связками, капсулой, сосудами, нервами и характеризуется нарушением пространственных соотношений головки бедренной кости и вертлужной впадины. Недостаточному развитию элементов тазобедренного сустава способствует неправильный образ жизни и питание матери во время беременности (в 2–3% случаев вывихи бывают тератогенными, формирующимися на ранних стадиях эмбриогенеза), наследственная предрасположенность (положительный семейный анамнез по вывиху бедра установлен в 20% случаев), ягодичное предлежание (в 30–50% случаев), женский пол (у девочек патология выявляется от 2 до 9 раз чаще), гиперэластичность связок [2].

Врожденный предвывих, подвывих, а в тяжелых случаях и вывих тазобедренного сустава чаще выявляет специалист, компетентный в вопросах неонатальной ортопедии. В настоящее время, в целях

более раннего выявления патологии тазобедренного сустава проводятся осмотры новорожденных детей ортопедом в родильном доме в первые 4–7 дней, в дальнейшем – регулярные осмотры детей первого года жизни детским травматологом-ортопедом в 3–4 недели, 3, 6 и 12 месяцев. Клинически при этом отмечается ограничение отведения бедер на стороне поражения, асимметрия ягодичных складок, укорочение нижней конечности на стороне вывиха, в тяжелых случаях – симптом «щелчка» Маркса-Ортолани, ощущаемый в момент разведения бедер при согнутых в коленных и тазобедренных суставах конечностях, диагноз уточняется по данным ультразвукового и рентгенологического методов обследования. Для получения большей информации о состоянии всех структур тазобедренного сустава у более старших детей проводят МРТ, МСКТ [3, 4].

Критическим сроком, используемым для определения состояния тазобедренного сустава считают 3 месяца, когда происходит либо созревание и нормализация структур сустава, что подтверждается данными УЗИ, либо формирование вывиха бедра. Однако, несмотря на проведение широких профилактических осмотров новорожденных и грудных детей, появление дополнительных методов исследования, сохраняется группа больных, поступающих на лечение в поздние сроки (старше 3-х месяцев), что затрудняет восстановление нормальных взаимоотношений в тазобедренном суставе, увеличивает продолжительность лечения, ухудшает его результаты и приводит к инвалидизации детей [5].

При отсутствии адекватного лечения, патология прогрессирует, приводя к развитию тяжелых вторичных изменений всех элементов тазобедренного сустава, нарушению функции опоры конечности, и при длительно сохраняющемся вывихе бедра к развитию вторичного сколиоза, деформирующего остеоохондроза, деформации таза и т.д. Для исключения риска развития вторичных осложнений, вплоть до коксартроза – тяжелого заболевания, составляющего весомый удельный вес в структуре инвалидности лиц молодого возраста, необходимо как можно раньше

выявлять эту патологию у новорожденных и проводить комплекс соответствующих лечебных мероприятий, направленных на максимальное восстановление нарушенных соотношений элементов тазобедренного сустава.

В зависимости от степени выраженности диспластических изменений в тазобедренных суставах, характера нарушения взаимоотношений между образующими его костями принято рассматривать несколько видов (степеней) «дисплазии» тазобедренного сустава: незрелость (пограничное состояние между нормой и патологией), предвывих (74%), подвывих (15%) и вывих (11%), процесс может иметь как одно-, так и двухстороннюю локализацию.

Варианты лечения врожденного вывиха бедра выбирают в зависимости от возраста ребенка и характера анатомических изменений в тазобедренном суставе. Тактика лечения основана на принципе этапного вправления вывиха с восстановлением соотношений впадины и головки бедренной кости, минимальной травматизации сосудов, нервов, У-образного хряща и лимбуса. После вправления вывиха головки бедренной кости должна сохраняться функция сустава. Лечение диспластического вывиха бедра необходимо начинать как можно раньше, чтобы при исключении функционально неблагоприятных факторов (тугое пеленание, усугубляющее приведение бедра, перекос таза, мышечный дисбаланс), предотвратить развитие необратимых изменений в суставе (невправимый вывих, формирование неовпадин, анкилозирующая контрактура тазобедренного сустава и деформация вертлужной впадины) [6].

В лечении врожденного вывиха бедра существует два направления: консервативное и оперативное. Консервативный подход представлен общепризнанным функциональным методом, основанным на создании или углублении вертлужной впадины путем применения различных, разводящих нижние конечности устройств, которые способны обеспечить вначале постепенное вправление и центрацию головки бедра, а затем ее удержание в правильном положении. При незрелости тазобедренных суставов и предвывихе бедренной кости, в возрасте от рождения до 1 мес применяют широкое пеленание, в том числе с использованием перинки Фрейка. В случае подвывиха – весомый акцент отводится лечению положением, для чего используют различные отводящие шины (перинку Фрейка, стремяна Павлика, шину Виленского, постоянно-фиксирующую шину-распорку), а при вывихе – и постепенное вправление с помощью функциональной облегченной или кокситной гипсовой повязки с последующим УЗИ или Rg-контролем. У детей в возрасте 1–2 лет рекомендуется проводить одномоментное закрытое вправление, с дальнейшим наложением циркулярной гипсовой повязки в положении Лоренц I, II, III, с предварительным применением вытяжения по методике over head, для исключения развития аваскулярного некроза головки бедренной кости. Средняя продолжительность консервативного лечения врожденного вывиха бедра составляет 6–8 месяцев, подвывиха – 5–6, предвывиха – 2–4 месяца [7, 8].

В случае поздней диагностики врожденного вывиха бедренной кости (старше 2 лет), безуспешности его закрытого вправления, наличия критериев невправимости (трансформация капсулы сустава по типу «песочных часов», загиб лимбуса, разрастание ригидной жировой

подушки на дне вертлужной впадины), показано оперативное лечение.

Современные подходы к оперативному лечению врожденного вывиха бедра, характеризуются принципами сохранения и функционального улучшения сформированных суставных взаимоотношений между смещенным бедренной и тазовой костью. Различают три вида оперативных вмешательств – внесуставные, внутрисуставные и комбинированные, направленные на улучшение биомеханических условий функционирования пораженной конечности за счет выполнения опорных остеотомий и артропластики с применением ауто- и аллотрансплантатов: создание навеса, крыши над смещенным бедром, моделирующих резекций проксимального отдела бедра, корригирующих и медиализирующих остеотомий, операций по удлинению конечностей [9, 10].

Задачами медицинской реабилитации являются улучшение процессов гемореологии и микроциркуляции в области тазобедренного сустава, нормализация тонуса мышц бедра и ягодичной области, восстановление анатомических структур и функциональной активности пораженного сегмента. Для этого используют медикаментозные и немедикаментозные средства [11]. Применяемые лекарственные средства представлены препаратами этидроновой кислоты (ксидифон), оссеин-гидроксипапатитных соединений (остеонон), препаратами, улучшающими реологические свойства крови (трентал, актовегин), регуляторами фосфорно-кальциевого обмена в хрящевой ткани (хондроитинсульфат натрия), витаминными комплексами (кальций, фосфор, витамин D3, ретинол, аскорбиновая, никотиновая и липоевая кислоты, пиридоксин), гомеопатическими препаратами («Траумель С», «Цель Т»).

Немедикаментозные средства и методы физиотерапии успешно применяют на различных этапах лечения детей с дисплазией тазобедренного сустава. Среди физических факторов, наиболее тропных к костно-мышечной ткани следует выделить магнитотерапию в виде переменного низкочастотного магнитного поля. Воздействие магнитного поля активизирует локальный кровоток, улучшает микроциркуляцию и кровоснабжения в области тазобедренного сустава, повышает скорость проведения импульсов по нервным волокнам. Магнитотерапия обладает мягким действием, хорошей переносимостью детьми и постепенным развитием терапевтического эффекта. У детей этот физический фактор используется с месячного возраста. Лечение переменным магнитным полем проводят от аппаратов «Полюс-2М», «Каскад», «Магнитер» и др., как с помощью цилиндрических, так и прямоугольных индукторов, которые устанавливают на область тазобедренного сустава. Силу индукции и время воздействия дозируют в зависимости от возраста ребенка, на курс назначают 10–15 ежедневных процедур. По показаниям повторный курс проводят через 2–3 месяца [12].

В последнее время в комплексе лечебных мероприятий диспластического процесса тазобедренных суставов широкое распространение получила лазеротерапия. Механизм реализации биологического эффекта лазерного излучения заключается в положительном влиянии на процессы в ишемизированных тканях, вегетативную регуляцию, а также благоприятном влиянии фактора на иммунитет и репаратив-

ную активность. При воздействии лазеротерапии на костную ткань активизируется костная регенерация, что проявляется ускоренной пролиферацией остеобластов и остеокластов при одновременном усилении клеточной дифференцировки, ускоряется процесс перестройки костной ткани, повышается содержание уровня кальция, фосфора и белка, увеличивается объем кости, усиливается ее васкуляризация. Детям низкоинтенсивное лазерное излучение назначают с первого года жизни. Сочетание лазерного излучения с воздействием магнитного поля (магнитолазерная терапия) существенно увеличивает «утилизацию» лазерного света, что приводит к повышению терапевтической эффективности терапии [13].

Среди известных факторов следует выделить электрофорез вазодилаторов (эуфиллин, трентал) на область тазобедренного сустава и поясничную область для улучшения микроциркуляции, достижения трофическостимулирующего эффекта, электрофорез кальция и фосфора проводят с целью ускорения минерализации костной ткани. Процедуры проводят по поперечной методике на область тазобедренного сустава, курс 10 процедур. Для уменьшения болевого синдрома после оперативного лечения применяют электрофорез 2% раствора новокаина. При этом используют продольную методику расположения электродов выше и ниже гипсовой повязки, а при сохранении болей после удаления гипсовой повязки – поперечную методику расположения электродов в области тазобедренного сустава.

С целью уменьшения контрактуры приводящих мышц бедра показаны тепловые процедуры. Аппликации теплоносителей вызывают гиперемии и усиление метаболических процессов в тканях и благодаря спазмолитическому эффекту способствуют уменьшению аддукторного спазма. Применяют парафиновые ($T=45\text{ }^{\circ}\text{C}$) и озокеритовые ($T=38\text{ }^{\circ}\text{C}$) аппликации на область пораженного тазобедренного сустава и проксимальный отдел бедра. Для усиления крово- и лимфообращения, устранения недостаточности кислорода в тканях, повышения обменных процессов, уменьшения явлений венозного застоя и отека тканей, стимуляции более быстрого удаления из тканей продуктов обмена, оказания болеутоляющего действия показаны курсы интерференцтерапии (ток ритмической частоты 0–100 Гц, 90–100 Гц). С целью активизации обменных процессов в организме, особенно фосфорно-кальциевого, повышения образования витамина D₃, регулирующего процесс костеобразования, детям назначают общее и местное УФО по общепринятым схемам.

Широко применяют и преформированные физические факторы в виде хлоридно-натриевых, углекислых, сульфидных, хвойных и других ванн [14].

При проведении оперативного лечения со 2 дня после операции для оказания обезболивающего, противоотечного, противовоспалительного действия назначают УВЧ-терапию на область тазобедренного сустава, на курс 3–5 процедур (методика поперечная, зазор 2 см, доза слаботепловая), что способствует стойкому расширению капилляров, ускорению локального кровотока, повышению клеточной проницаемости и уменьшению экссудации. С целью восстановления подвижности в оперированном суставе на этапе послеоперационного ведения показан электрофорез 5% раствора йодида калия или лидазы. После длительной иммобилизации, как

на этапе консервативного, так и после оперативного лечения для предупреждения развития атрофии на фоне гиподинамии, повышения тонуса и силы мышц, предупреждения развития контрактур применяют электростимуляцию мышц бедра и ягодичной области (СМТ, режим I, р.р.II). В дальнейшем для профилактики и устранения контрактур, восстановления движений тазобедренного сустава в полном объеме проводят курсы ультразвуковой терапии, в механизме лечебного действия которого основное значение придают механическому, тепловому и физико-химическому аспектам, с помощью которых осуществляется микромассаж на клеточном и субклеточном уровнях, приводящий к повышению проницаемости клеточных мембран, активированию окислительно-восстановительных процессов. Воздействие УЗ у детей разрешено с 2-летнего возраста с целью улучшения кровоснабжения тканей области тазобедренного сустава, устранения дистрофии, предупреждения развития деформации головки бедренной кости. Воздействие ультразвуком малой интенсивности (0,2–0,4 Вт/см²) осуществляют по лабильной методике в импульсном режиме, в послеоперационном периоде после снятия швов по переднебоковой поверхности тазобедренного сустава [15, 16].

В комплекс лечебных мероприятий входит и курс массажа, выполняемого как на области пораженного сустава, так и на здоровой конечности и в рефлекторно-сегментарной зоне (поясничный отдел позвоночника). Дифференцированное использование приемов поглаживания, растирания, разминания и непрерывной вибрации восстанавливает нарушенное соотношение тонуса мышц передней, внутренней и наружной поверхностей бедра. Необходимо проведение нескольких длительных курсов массажа (до 15 процедур) в течение первого года жизни. Во время и после иммобилизации в ортопедических аппаратах необходимо применение повторных курсов массажа ягодичных мышц с использованием трофических и тонизирующих приемов. В период лечения необходимо ежедневное выполнение лечебной гимнастики. Специальные корригирующие упражнения, помимо трофического эффекта, способствуют правильному положению головки бедренной кости в вертлужной впадине, устранению контрактуры приводящих мышц бедра. Упражнения включают пассивные и активные движения в тазобедренном суставе – сгибании, отведении, внутренняя ротация согнутой в тазобедренном и коленном суставах конечности. В процесс восстановительной терапии включают и лечебное плавание, способствующее устранению контрактуры приводящих мышц бедра, ограничения подвижности позвонков на уровне L5-S1, костей таза и крестцово-подвздошных сочленений, что приводит к нормализации кровообращения и иннервации указанных структур.

Физиопрофилактика врожденного вывиха бедра у детей направлена на соблюдение беременной женщиной режима труда и отдыха, обеспечение полноценного питания, профилактику витаминной недостаточности, особенно в сроки формирования органов и систем плода, включает процедуры климатотерапии (аэротерапию, гелиотерапию).

Детям с дисплазией тазобедренного сустава, врожденным вывихом бедра рекомендовано санаторно-курортное лечение на бальнеогрязевых курортах, где широко используются лечебные грязи, минеральные ванны, талассо-, климатотерапия, лечебная гимнастика,

общий массаж, гидрокинезитерапия, фитотерапия, закаливание и др. Частичную нагрузку на конечность разрешают в сроки 8–10 мес. после операции; полную – через 10–12 мес., в зависимости от тяжести патологии и объема проведенного хирургического вмешательства.

Заключение

Таким образом, для повышения эффективности проводимых лечебных мероприятий при дисплазии

чешком вывихе бедра, необходим комплексный подход к решению этой сложной и социально значимой проблемы, внедрение в программы медицинской реабилитации современных и поиск новых перспективных и относительно безопасных факторов лечебного влияния, с целью снижения числа осложнений, улучшения результатов лечения, качества жизни и дальнейшей социальной адаптации детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ортопедия/ Национальное руководство/ Под редакцией Миронова С.П., Котельникова Г.П. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 944 с.
2. Абальмасова Е.А. Травматология и ортопедия. Т. 3. – М.: Медицина, 1997.
3. Мицкевич В.А.. Ортопедия первых шагов. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 359с.: ил., [8] с. цв. вкл.
4. Крестьяшин В.М. Практическое руководство по амбулаторной ортопедии детского возраста. – М.:МИА, 2013. – 226с.
5. Волокитина Е.А. Коксартроз и его оперативное лечение: Автореф. дис. докт.мед.наук /Е.А.Волокитина. – Курган, 2003. – 46с.
6. Лозовая Ю.И. Оценка динамики развития тазобедренного сустава у детей в условиях сохраняющегося патологического процесса (врожденный вывих бедра: диагностика и лечение): автореферат к.м.н. – М., – 2011.
7. Крестьяшин В.М., Литенецкая О.Ю., Лозовая Ю.И. Новый взгляд на вопросы диагностики и лечения врожденного вывиха бедренной кости у детей //Проблемы биологии и медицины. АН Р УЗБ АН. – 2010. Том 59. № 4 стр. 79–80.
8. Детская хирургия: учебник/под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю.Разумовского. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2014. – 1040 с.: ил.
9. Лечение врожденного вывиха бедра у взрослых (базовые технологии опорных остеотомий с применением аппарата Илизарова): Под ред. В.И.Шевцова, В.Д.Макушина. – Курган: ГИПП "Зауралье", 2004. – 424 с.
10. Sankar WN, Neuburger CO, Moseley CF. Femoral anteversion in developmental dysplasia of the hip. J Pediatr Orthop. 2009 Dec; 29 (8): 885–8.
11. Granata KR, PaduaDA, Abel MF.Repeatability of surface EMG during gait in children. Gait Posture. 2005 Dec.: 22 (4): 346–50.
12. Позднякова О.Н., Киселев Д.А., Лайшева О.А., Губанов В.В. Дифференцированная методика реабилитации больных с врожденным вывихом бедра в послеоперационном позднем восстановительном периоде//Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011.-Т.7.- №2. Апрель–июнь. – С. 505–510.
13. Физиотерапия/ Национальное руководство /Под редакцией Пономаренко Г.Н. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 864 с.
14. V.M.Krestyashin, M.A.Han, O.J Podgornaja, L.U. Darinskaja, K.N.Darinski. Diagnostik und Therapie der Hüftgelenksdysplasie bei Kindern //Internationaler Kongresse Fachmesse. Euromedica Hannover. – 2013. – S. 131–132.
15. Физическая и реабилитационная медицина под редакцией Г.Н.Пonomarenko. Заболевания опорно-двигательного аппарата. М.А. Хан, О.В. Подгорная. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 – 688 с. – (Серия "Национальные руководства").
16. Хан М.А, Кривцова Л.А, Демченко В.И.Физиотерапия в педиатрии. – М. – 2014. – 194 с.

REFERENCES:

1. Ortopediya/ Natsionalnoe rukovodstvo/ Pod redaktsiyey Mironova S.P., Kotelnikova G.P. – M.:GEOTAR – Media, 2013. – 944 s.
2. Abalmasova E.A. Travmatologiya i ortopediya. T. 3. – M.: Meditsina, 1997.
3. Mitskevich V.A.. Ortopediya pervyih shagov. – M.: BINOM. Laboratoriya znaniy, 2013. – 359s.: il., [8] s. tsv. vkl.
4. Krestyashin V.M. Prakticheskoe rukovodstvo po ambulatornoj ortopedii detskogo vozrasta. – M.:MIA, 2013. – 226 s.
5. Volokitina E.A. Koksartroz i ego operativnoe lechenie: Avtoref. dis. dokt.med.nauk /E.A.Volokitina. – Kurgan, 2003. – 46 s.
6. Lozovaya Yu.I. Otsenka dinamiki razvitiya tazobedrennogo sustava u detey v usloviyah sohranyayuschegosya patologicheskogo protsesssa (vrozhdennyiy vyvih bedra: diagnostika i lechenie): avtoreferat k.m.n. – M., – 2011.
7. Krestyashin V.M., Litenetskaya O.Yu., Lozovaya Yu.I. Novyy vzglyad na voprosy diagnostiki i lecheniya vrozhdennogo vyvihha bedrennoy kosti u detey // Problemy biologii i meditsiny. AN R UZb AN. – 2010. Tom 59. # 4 str. 79–80.
8. Detskaya hirurgiya: uchebnik/pod red. Yu.F. Isakova, A.Yu.Razumovskogo.- M.: GEOTAR-Media, 2014. – 1040 s.: il
9. Lechenie vrozhdennogo vyvihha bedra u vzroslyih (bazovyye tehnologii opornyih osteotomiy s primeneniem apparata Ilizarova): Pod red. V.I.Shevtsova, V.D.Makushina. – Kurgan: GIPP "Zaurale", 2004. – 424 s.
10. Sankar WN, Neuburger CO, Moseley CF. Femoral anteversion in developmental dysplasia of the hip. J Pediatr Orthop. 2009 Dec; 29 (8): 885–8.
11. Granata KR, PaduaDA, Abel MF.Repeatability of surface EMG during gait in children. Gait Posture. 2005 Dec.: 22 (4): 346–50.
12. Pozdnyakova O.N., Kiselev D.A., Laysheva O.A., Gubanov V.V. Differentsirovannaya metodika reabilitatsii bolnyih s vrozhdennyim vyvihom bedra v posleoperatsionnom pozdnem vosstanovitelnom periode//Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. – 2011. – T.7. – #2. Aprel-iyun. – S. 505–510.
13. Fizioterapiya/ Natsionalnoe rukovodstvo /Pod redaktsiyey Ponomarenko G.N. – M.: GEOTAR – Media, 2009. – 864 s.
14. V.M.Krestyashin, M.A.Han, O.J Podgornaja, L.U. Darinskaja, K.N.Darinski. Diagnostik und Therapie der Hüftgelenksdysplasie bei Kindern //Internationaler Kongresse Fachmesse. Euromedica Hannover. – 2013. – S. 131–132.
15. Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina pod redaktsiyey G.N.Ponomarenko. Zabolevaniya oporno-dvigatel'nogo apparata. M.A.Han, O.V.Podgornaya. - M.: GEOTAR-Media, 2016 – 688 s. – (Seriya "Natsionalnyie rukovodstva").
16. Han M.A, Krivtsova L.A. Demchenko V.I.Fizioterapiya v pediatrii. – M. – 2014. – 194 s.

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются вопросы этиологии, клиники, тактики консервативного, а при необходимости и оперативного лечения детей с различной степенью выраженности диспластического вывиха бедра и возможности применения методов медицинской реабилитации в соответствии со стадией патологического процесса и этапом лечения. С целью раннего выявления вывиха тазобедренных суставов у детей, диагностика и лечение пациентов должны осуществляться профильными специалистами в специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Анализ анамнестических данных, результатов клинического обследования, данных современных методов диагностики, ранее проведенного лечения, и обоснованная тактика лечения с целью создания наиболее благоприятных условий для развития структур тазобедренного сустава или поэтапного устранения вывиха бедра, позволяющие достигнуть полного анатомо-функционального восстановления нарушенных соотношений между структурами тазобедренного сустава, являются наиболее рациональным подходом при указанной патологии. Задачами медицинской реабилитации на различных этапах лечения являются оказание трофико-стимулирующего, а при проведении оперативного лечения – обезболивающего действия, коррекции микроциркуляторных нарушений, создание условий профилактики развития контрактур, ускорения сроков восстановления амплитуды движений и функции мышечно-связочного аппарата заинтересованного сустава, поддержание оптимальных условий для дозревания вертлужной впадины. Комплексные программы медицинской реабилитации детей с различными формами дисплазии тазобедренного сустава с включением средств ортопедической коррекции, медикаментозной терапии, естественных и преформированных физических факторов, лечебной физической культуры и массажа позволяют в значительной мере улучшить прогноз заболевания, сократить сроки лечения, предотвратить в дальнейшем развитие коксартроза, снизить процент инвалидизации детей.

Ключевые слова: дети, диспластический вывих бедра, врожденный вывих бедра, физиотерапия, медицинская реабилитация.

ABSTRACT

This article discusses the etiology, clinic, conservative tactics, and if necessary, surgical treatment of children with varying degrees of severity of dysplastic hip dislocation and the possibility of using medical rehabilitation methods, in accordance with the stage of the pathological process and the stage of treatment. With a view to the early detection of hip dislocation in children, diagnosis and treatment of patients should be carried out by experts specialized in specialized medical institutions. Analysis of anamnestic data, clinical examination results, modern diagnostic methods of data before the treatment, and reasonable treatment strategy in order to create the most favorable conditions for the development of the hip joint structures or gradual elimination of dislocation of the hip, allowing to achieve the full anatomical and functional restoration of the broken relationship between hip structures joint, the most rational approach in such pathology. The objectives of medical rehabilitation at the various stages of treatment are to provide trophico stimulating and during surgery – analgesic effect, correction of microcirculatory disorders, the creation of prevention conditions contractures, accelerating the timing of the amplitude restore movement and function of the musculo-ligamentous concerned joint unit, maintaining optimal conditions for ripening acetabulum. Complex program of medical rehabilitation of children with various forms of dysplasia of the hip with the inclusion of funds orthopedic correction, medication, natural and preformed physical factors, therapeutic physical training and massage allow to significantly improve prognosis, reduce the time of treatment, to prevent further coxarthrosis development, to reduce the percentage of disability of children.

Keywords: children, dysplastic hip dislocation, congenital hip dislocation, physical therapy, medical rehabtion.

Контакты:

Подгорная Ольга Владимировна. E-mail: 6057016@mail.ru