

УДК 617.582-001.6-053.1  
© Зеленецький І.Б., 2010

## ЕВОЛЮЦІЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ВРОДЖЕНИЙ ВИВИХ СТЕГНА Зеленецький І.Б.

*Харківська обласна клінічна травматологічна лікарня*

**Зеленецький І.Б.** Еволюція уявлень про вроджений вивих стегна // Український морфологічний альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 62-65.

У даному дослідженні аналітично в хронологічному аспекті представлена еволюція вчення про вроджений вивих стегна. Автором пропонується розглядати дану патологію як синдром нестабільності кульшового суглобу, обумовлений спадковістю. Дана класифікація нестабільності кульшового суглобу, яка дозволить практичному лікарю встановити кількісні та якісні зміни у суглобі та відібрати відповідну лікувальну тактику.

**Ключові слова:** вроджений вивих стегна, спадково-схильні захворювання суглобів, мультифакторіальна концептуальна модель.

**Зеленецький І.Б.** Эволюция представлений о врожденном вывихе бедра // Украинский морфологический альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 62-65.

В данном исследовании аналитически в хронологическом аспекте представлена эволюция учения о врожденном вывихе бедра. Автором предложено рассматривать данную патологию, как синдром нестабильности тазобедренного сустава, обусловленный наследственной предрасположенностью. Дана классификация диспластической нестабильности тазобедренного сустава, которая позволит практическому врачу установить количественные и качественные изменения в суставе и выбрать соответствующую лечебную тактику.

**Ключевые слова:** врожденный вывих бедра, наследственно-предрасположенные заболевания суставов, мультифакторная концептуальная модель.

**Zelenetsky I.B.** Doctrine evolution about a congenital dislocation of a hip // Украинский морфологический альманах. – 2010. – Том 8, №2. – С. 62-65.

In the given research analytically in chronological aspect doctrine evolution about a congenital dislocation of a hip is presented. The author it is offered to consider the given pathology, as a syndrome of instability of the hip joint, caused by hereditary predisposition. Classification dysplastic is given instability of a hip joint which will allow the practical doctor to establish quantitative and qualitative changes in a joint and to choose corresponding medical tactics.

**Key words:** congenital dislocation of a hip, hereditary predisposition, multifactory conceptual model.

Поняття вродженого вивиху стегна (ВВС) було звісно ще з часів Гіпokratу, який пояснював його виникнення екзогенною травмою у період внутрішньоутробного розвитку.

У 1900 році Schede уперше запропонував термін «вроджена дисплазія кульшового суглобу» (ВДКС) для визначення супутнього, а нерідко попереднього вивиху порушення формування кульшового суглобу (КС).

Ретроспективний погляд на суть вродженого вивиху стегна охоплює два основні періоди:

1. період інтуїтивного визначення, в якому кожен автор по своєму трактував ті зміни, які виявляв при вродженому вивиху стегна;

2. період наукового обґрунтування:

а) вивих, як первинний стан, а диспластичні зміни в суглобі - вторинні явища;

б) первинною є дисплазія, а вивих, як її слідство;

До теперішнього часу дисплазія кульшового суглоба ототожнюється з вродженим вивихом стегна і практично у всіх підручниках вона розглядається як початковий (легка) ступінь дислокації стегна. У наукових публікаціях також є різні думки про первинність дисплазії КС і вродженого вивиху стегна.

Г.М. Тер-Егіазаров., М.В. Волков, Г.П. Юкіна [2], вважають, що ВВС є первинним, а дисплазія кульшового суглоба (ДКС) розвивається послідовно, як наслідок ВВС.

У подальшому більшість вчених різних країн світу підтвердили первинність дисплазії КС, а вивих стегна є її слідством [1; 3; 6; 8; 13] Тим часом вивих стегна є далеко не єдиним наслідком ДКС, оскільки на ґрунті останньої може розвинутиися і підвивих, і коксартроз, хоча ці наслідки дисплазії зустрічаються набагато частіше, ніж вивих стегна [6, 3; 4]. Результати клініко-рентгенологічних обстежень проведених О.Н. Гудушаури, Р.Т. Чихладзе, Э.Ф. Лордкипанидзе [3] у 1990 році показали, що, наприклад, в грудному віці при ДКС підвивих проявляється більш ніж в п'ять разів частіше, ніж ВВС, а диспластичним коксартрозом страждає 86,3 % хворих патологією КС старше 15 років.

Э.Ф. Лордкипанидзе та М.Ф. Какауридзе [8; 11], встановили що ДКС є первинною, генетично зумовленою ознакою, перехід же дисплазії у ВВС обумовлений сукупністю дії багатьох генів, а також різних середовищних чинників, що провокують або запобігають зсуву стегна. Критичними періодами і різними чинниками, які сприяють прояву неспроможності диспластичного КС вони рахують початок ходьби, період старіння, надлишкові навантаження суглоба, пов'язані з фізичними навантаженнями, професійними особливостями, ожирінням і ін. Особливо слід зазначити, що у жінок критичні ситуації виникають під час вагітності і пологів, коли не лише підвищуються навантаження на КС, але

і міняється його біомеханіка і відбувається все це в умовах складних фізіологічних зрушень у всьому жіночому організмі.

Під дисплазією кульшового суглобу З.І. Шнейдеров [12] розуміє таку природжену аномалію, яка супроводжується розладом процесів скостеніння та відповідає у своїй формі попередній стадії розвитку, що тягне за собою порушення нормативної, пластичної діяльності у розвитку суглоба, які зумовлюють інкогруентність між елементами суглобу. Зміщення стегнової кістки не є первиною анатомічною особливістю дисплазії, вона може бути вторинним її компонентом.

Дисплазія охоплює не тільки форму і взаємно розташування компонентів суглобу, але й усю область кульшового суглобу; у процесі охоплюються кістки, хрящі, капсула, зв'язки і м'язи. Порушення контакту у суглобі між головкою і впадиною, звих і підвивих являються тільки найбільш вираженими наслідками цього пошкодження.

О.Н. Гудушаури та його співавтори [3] роблять висновок що ДКС треба розглядати як перед хворобу, яка може іноді і не маніфестуватися як хвороба та залишитися навіть непомітна й на усе життя і привести у будь якому віці до розвитку клінічних проявів артозу. Тільки при рентгенологічному обстеженні тазу можливо виявити типичну картину дисплазії КС: кульшова впадина витягнута або витягнута овальна, зі сторони проксимального кінця стегна спостерігається соха plana, соха valga, невеликі ступені антеверсії.

За кордоном останнім часом диспластичний підвивих і вивих стегна розглядаються як дисплазія (вивих) стегна, що розвивається (developmental hip dislocation – developmental dysplasia of the hip) [13].

Відносно до ВВС термін «дисплазія КС» не несе в собі якої-небудь кількісної інформації, оскільки не може відобразити які об'ємні та просторової орієнтації є у КС, біомеханічні співвідношення проксимального кінця стегнової кістки і кульшової впадини, а також порушення процесів росту і осифікації кісткових компонентів у суглобі.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) 10 переогляду розпізнає 7 видів вродженого вивиху (підвивиху) стегна та "нестійке" стегно у виді схильності до вивиху або підвивиху стегна. Клінічної нозологічної одиниці «дисплазія КС» у МКХ 10 не має.

А. П. Крись-Путач вважає, що переклад англійського терміну «instable hip» як «нестійке стегно» невдатний і вірніше було б говорити «нестабільний кульшовий суглоб». Ми з цим повністю згодні, тому що саме цей термін розкриває суть процесу, який відбувається у суглобі при його недорозвиненні й виникненні зміщення в той або інший напрям, чітко дозволяє вибрати тактику лікування та необхідний об'єм оперативного втручання.

Б.І. Сіменачом, Ю.Г. Полозовим, С.Д. Шевченком [10] ВВС розглядається як мультифакторіальна або спадково - схильна патологія, вивих вторинний і зумовлений вродженим порушенням формування КС, тобто дисплазією. Тому вірно використовувати термін диспластичний вивих стегна (ДВС), або вивих стегна у диспластичному суглобі, зумовлений спадковою схильністю.

На перших етапах дослідження захворювання, в причинній основі яких лежить внутрішній фактор неповноцінності побудови суглоба Б.І. Сіменач та А.А. Корж [6,9] розглядали їх у групі захворювань «дисплазія суглоба - диспластичний артроз». Але краще з'ясувавши суть вивчаємих захворювань, вони визнали доцільним використати відому генетикам іншу, більш вдаду клінічну назву «спадково-схильні захворювання суглобів»(ССЗС). А поняття «дисплазія суглоба –диспластичний артроз» залишилося та використовується для загальної характеристики суті тих процесів, що складають патоморфологічну основу ССЗС. Такої ж думки дотримуємося і ми у подальшій роботі.

Виходячи з учення про спадково-схильні захворювання опорно-рухової системи (ОРС), розробленої Б.І. Сіменачом, диспластичну патологію КС ділимо на 3 рівні :

- симптоматичний рівень її виявлення, де враховуються ті або інші аномальні ознаки його розвитку ( соха valga, соха antetorta, acetabulum valgum, acetabulum retroversum et.al.);

- синдромальний рівень - синдром вертикальної, горизонтальної, змішаної нестабільності суглоба; синдром асептичного некрозу головки стегнової кістки; синдром сповзання головки стегнової кістки ;

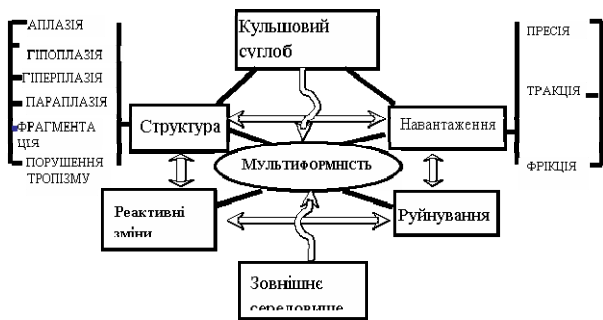
- органний рівень - диспластична хвороба в квазіпатичній, патичній або постпатичній стадії ОРС.

Під «дисплазією суглоба» у даному дослідженні розуміємо аномалії будови суглоба, зумовлені спадковою схильністю. Диспластична хвороба нами розглядається, як біологічний процес, який характеризується циклічністю, стереотипністю і стадійністю течії, розвивається по спільним закономірностям - патології. У його основі лежать структурні генетично обумовлені аномалії, створюючи умови порушення навантаження, що приводять до руйнування суглоба і є пусковим механізмом реактивного процесу (див. мал. 1).

Диспластична хвороба маніфестує у вигляді різних клінічних форм, диспластичних синдромів, що мають свої діагностичні, лікувальні і прогностичні особливості.

З позиції ортопедичної артрології розрізняємо три основні синдроми диспластичної патології КС: диспластична нестабільність (дислокація) диспластичний некроз, диспластичний лізис.

У цієї роботи ми обмежуємося синдромом нестабільності КС ЗСС.



Мал. 1. Загальна мультифакторіальна модель розвитку диспластичної патології кульшового суглобу.

**АНОМАЛІЇ БУДОВИ**



Мал. 2. Структурна характеристика КС з позиції мультиформності.

У даний час дисплазію кульшового суглобу оцінюють з позиції інтеграційного впливу екзо- і ендогенних чинників, серед яких провідна роль належить генетичній схильності, що детермінує дефективний істогенез кісткової і хрящової тканин [10]. Згідно запропонованої мультифакторіальної концепції розвитку диспластичних захворювань кульшового суглобу [9], зумовлених спадковою схильністю, вроджений вивих стегна є кращим підтвердженням цієї тези. Наша мультифакторіальна концептуальна модель побудована з п'яти узагальнених категоріальних понять, кожне із яких інтегрує відповідні категорії (кількість, якість, структура, простір, місце, час, положення, відношення, взаємодія та інші), які в сукупності відображають основну суть явищ, що вивчаються. Осно-

Таблиця 1. Класифікаційна система синдрому диспластичної нестабільності кульшового суглоба

Стан КС	Кваліфікаційний індекс нестабільності	Рентгенологічні ознаки дисплазії КС
Здоровий суглоб	A – ніяких ознак нестабільності	Ознаки відсутні, всі параметри нормальні
Схильність суглобових поверхонь до децентрації	B - умовно нормальний суглоб, або нестабільність легкого ступеня	Наявність однієї з ознак (a,b,c . .)*, різної кількісної вираженості (1,2,3)**
Децентрація в суглобі	C - нестабільність легкого ступеня	Поєднання двох будь-яких ознак
Підвивих стегна	D - нестабільність середнього ступеня	Поєднання трьох будь-яких ознак
Вивих стегна	E - нестабільність важкого ступеня	Поєднання чотирьох ознак

\* a - кут вертикального нахилу даху кульшової западини (ацетабулярний індекс); b - кут фронтальної інклинації кульшової западини (кут Шарпа); c - кут інклинації шийки стегнової кістки (ШДК); d – кут антеторсії проксимального відділу стегнової кістки та інші параметри; \*\* 1- показники нормального значення; 2- підвищеного значення; 3- зниженого значення.

вою моделі є аномалії розвитку суглоба, які складають ланку структурної мультиформності у вигляді порушення макроструктури суглоба з різноманітними проявами. (див. мал.2)

Першопричиною ознакою розвитку децентрації, підвивиху стегна є аномалія розвитку компонентів кульшового суглоба: 1) недорозвиження суглобової западини - зменшення її розміру, глибини, збільшення зсуву даху, потовщення її дна, зміна фронтальної інклинації западини; 2) збільшення або зменшення розмірів голівки стегнової кістки зміна форми, невідповідність величини і форми голівки і западини; 3) скорочення шийки стегнової кістки і зміна її напрямлення: надлишкова антеторсія, збільшення вертлюгової інклинації шийки стегнової кістки (ШДК); 4) аномалії будови і деформації лімбаусу; 5) розширення суглобової сумки; 6) гіпертрофія або аплазія в'язки голівки; 7) затримка осифікації голівки стегна і кульшової впадини.

Анатомічні зміни компонентів суглоба приводять до порушень біомеханіки у фронтальній, сагітальній і горизонтальній площині, переважно у вигляді тракційних сил, із зсувом центру навантаження зміни плеча важеля з розвитком в подальшому патологічної рухливості і виникненням нестабільності у вказаній площині: горизонтальна, вертикальна, змішана (див. мал.3)



Мал. 3. Клініко-біомеханічна характеристика синдрому нестабільності з позиції мультиформності.

Тож ми притримуємося думки, що при диспластичному розвитку КС маємо справу з нестабільністю різного ступеня.

Під нестабільністю розуміємо структурну недостатність КС (форми та функції), дислокацію у виді схильності до децентрації, децентрації, підвивиху або вивиху голівки стегнової кістки. Нами створена класифікація нестабільності КС залежно від його диспластичних змін, виявлених рентгенологічно. (див. табл. 1).

У побудованій класифікаційній системі нестабільності КС використовується чинник стабільності і мультифакторіальність як класифікаційні критерії.

Класифікація включає різні особливості КС починаючи з норми, схильності до децентрації, децентрації, підвивиху та вивиху і закінчуючи його деструктивними змінами, що позначається певним кваліфікаційним індексом нестабільності (легкому, середньому, важкому і важкому ступеню з ознаками артрозуючої деформації, що починаються), помічених великими латинськими буквами А, В, З, D, Е, F, а також включає ті або інші рентгенологічні ознаки дисплазії КС, помічені малими латинськими буквами (а, b, з, d і ін.) у різних їх кількісних поєднаннях (1- нормальне значення; 2- підвищене значення; 3- знижене значення). Наприклад, якщо є нестабільність КС середнього ступеня, що трактується як підвивих, то позначаємо такий достаток буквою D, при якому є декілька диспластичних рентгенологічних ознак КС: вертикальний нахил даху кульшової западини - а, з його збільшеним значенням - 2; фронтальна інклинація кульшової западини - b, з її нормальним кількісним значенням - 1; ШДК більше норми, тобто ознака - с, із збільшеним його значенням -2; антеторсія проксимального відділу стегнової кістки ознака - d, із збільшеним значенням - 2 то повна формула діагнозу виглядатиме таким чином: диспластична нестабільність КС середнього ступеня D, (підвивих), з **a - 2, b - 1, c - 2 і d - 2** диспластичними змінами у КС. З даного запису чітко вимальовується ступінь нестабільності КС і ті диспластичні зміни в ньому, які вимагають хірургічної корекції.

Сукупність різних аномалій з їх наслідками формує складну клінічну картину у часових та просторових параметрах. Ця ситуація вимагає необхідності уявлень про її особливості. Вона принципово міняє діагностично-лікувальну тактику та прогностичні аспекти. Власне це дає змогу розглядати наведене явище як незалежний диспластичний ЗСС синдром.

Таким чином, нами представлена мультифакторіальна концепція синдрому диспластичної нестабільності КС (як новий синдром диспластичної патології КС) яка розкриває безліч клінічних варіантів дислокації з вказівкою конкретних змін, що дозволяють лікарям встановити конкретні кількісні і якісні зміни в суглобі і виробити відповідні лікувальні дії. Дана класифікаційна система діє і застосовна при інших диспластичних синдромах, в основі яких лежить критерій нестабільності.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Вовченко А.Я. Раннє виявлення порушень формування кульшового суглоба. Клініко-сонографічне дослідження: дис. канд. мед. наук:

14. 01.20 – К: - 1995. – 167 с.

2. Волков М. В. Врожденный вывих бедер / М.В. Волков, Г.М. Тер-Егiazаров, Г.П. Юкина. – М.: Медицина. – 1972. – С.159.

3. Гудушаури О.Н. По поводу термина «врожденный вывих бедра» / О.Н. Гудушаури, Р.Т. Чихладзе, Э.Ф. Лордкипанидзе // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №1. – С. 62-64.

4. Завадская Е. И. Последствия дисплазии тазобедренного сустава у детей / Е.И. Завадская // Сб. науч. тр. Ленингр. НИИ травматол. и ортопед. им. Р.Р. Вредена. – 1973. – С. 55-61.

5. Корольков А.И. Заболевание тазобедренного сустава у детей с наследственной предрасположенностью: концептуальная модель / А.И. Корольков // Международный медицинский журнал. – Том 12. – 2006. – №1. – С. 62-65.

6. Корж. А.А. Диспластический коксартроз / А.А. Корж. – М.: Медицина. – 1986. – 208 с.

7. Крисюк А.П. Ранняя диагностика, клиническая характеристика, организация восстановительного лечения детей с заболеванием опорно-двигательного аппарата, проживающих в зоне усиленного радиологического контроля / А.П. Крисюк А.П., //ж. ОТП Меж. сб. –1993, вып. 23. –С.12-17.

8. Лордкипанидзе Э.Ф. Генетические обследования врожденного вывиха бедра в Грузии / Э.Ф. Лордкипанидзе. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело. – 1977. –152 с.

9. Сіменач Б.І. Мультифакторіальність як пошуковий критерій (на моделі захворювань суглобів та хребта зумовлених спадковою схильністю) / Б.І. Сіменач, П. Снісаренко, О. Бабуркіна, Зеленецький // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2005. – №2. – С. 110-115.

10. Сіменач Б.І. Наследственно- предрасположенные заболевания тазобедренного сустава / Б.И. Сіменач, Ю.Г. Полозов, С.Д. Шевченко, Е.Я. Панков // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – №3. – С. 1-8.

11. Лордкипанидзе Э.Ф. Генетическая общность некоторых ортопедических аномалий / Э.Ф. Лордкипанидзе, М.В. Какауридзе // Генетика. – 1987. – №5. – С. 913-917

12. Шнейдеров З. И. Урожденный вывих стерна у детей и його безкровне лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. «Травматология и ортопедия» / З. И. Шнейдеров – К.: – 1962. – 31с.

13. Tonis D. Conjenital dysplasia and dislocation of the hip in children and adult / D. Tonis. – Berlin: Springer. – 1987. – 535 p.