

металлоостеосинтез двумя пластинами с угловой стабильностью винтов с последующим восстановлением функции локтевого сустава. Объем движений в локтевом суставе увеличился с 20° до операции до 80° после операции. Пациент реабилитирован профессионально, работает водителем большегрузного автомобиля.

Лашковский В.В., Конечский А.А., Чешик С.Л.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД НОВорожденности

Актуальность. Врожденная патология тазобедренных суставов у детей первого года жизни с частотой от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных занимает первое место среди ортопедических заболеваний. Для обозначения данной патологии в период новорожденности используется различная терминология: «предвывих», дисплазия тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра, физиологическая незрелость сустава. Эти классификационные термины не соответствуют анатомическим изменениям и основным клиническим признакам, на которых базируется диагностика, что приводит к неоднозначному подходу к лечению.

Сложность решения проблемы стандартизации терминов и классификаций обусловлена как лингвистическими, так и гносеологическими факторами. Лингвистические трудности определяются сложностью перевода с одного языка на другой. Гносеологические – обусловлены новыми знаниями о сути патологических процессов, когда предложенные ранее термины и классификации устаревают и не соответствуют новому уровню знаний, но становятся традиционными, приобретают устойчивость и попытки их замены новыми испытывают определенное сопротивление.

Цель. Обосновать и дополнить классификацию врожденной патологии тазобедренных суставов для выбора оптимальной лечебной

стратегии и тактики при диагностике патологии в ранний неонатальный период.

Методы исследования. Проанализированы лингвистические и гносеологические факторы использования терминов: «предвывих» бедра, дисплазия тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра, физиологическая незрелость тазобедренных суставов. Показана не состоятельность их использования в период новорожденности.

Результаты и их обсуждение. Исходя из вышеизложенного, предлагается обозначать врожденную патологию тазобедренных суставов в период новорожденности, клинически характеризующуюся вывихиванием и вправлением головки бедренной кости из вертлужной впадины термином «врожденный нестабильный тазобедренный сустав». Этот термин «вытекает» из клинических признаков в ранний неонатальный период, на основании которых заболевание диагностируется (симптомов Маркса – Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности). Дальнейшее развитие нестабильного тазобедренного сустава к 3-месячному возрасту без применения ортопедического лечения: выздоровление, подтвержденное рентгенологически или сонографически отмечено нами у 8,1% детей; 2 – формирование дисплазии: УЗИ – суставы II типа по Граф, Rg-гр. – $\alpha > 30^\circ$, $h = 10\text{--}12$ мм, $d = 2\text{--}3$ мм – 35,1%; 3 – формирование подвывиха бедра: УЗИ – суставы типа D, IIIA, IIIB по Граф, Rg – гр. – $\alpha > 30^\circ$, $h = 10\text{--}12$ мм, $d = 3\text{--}5$ мм – 5,4%; 4 – формирование вывиха бедра УЗИ IV тип т/б. сустава по Граф, Rg-гр. – $\alpha > 30^\circ$, $h =$ менее 9–10 мм, $d = 4\text{--}6$ мм – 51,4%.

Таким образом, предлагаемая дополненная классификация позволяет обосновать лечебно-диагностическую тактику на протяжении первого года лечения пациента.
