

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАКЦИИ ПО МЕТОДУ «OVER HEAD» У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 2,5 ЛЕТ

Научный Центр травматологии и ортопедии,  
МЗ Республики Армения, Ереван

В статье рассмотрены результаты лечения 120 детей (179 сустава) в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет. Проводилось мягкотканое вытяжение по методу «over head», закрытое вправление, наложение кокситной гипсовой повязки под общим обезболиванием и контролем ЭОП, с последующей заменой на индивидуально изготовленные ортезы. Как в течение вытяжения, так и после вправления и ортезирования широко использовались физиотерапевтические процедуры. Вытяжение по методу «over head» облегчает закрытое вправление и является наиболее физиологичным и функциональным методом при лечении детей с ВВБ в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет.

**Ключевые слова:** врожденный вывих бедра, вытяжение по методу «over head», функциональное консервативное лечение.

*A.A. Ayvazyan*

## EFFECTIVENESS OF TRACTION ACCORDING TO THE «OVER HEAD» METHOD AMONG 6 MONTHS TO 2,5 YEARS OLD CHILDREN WITH CONGENITAL HIP DISLOCATION

The article deals with the results of treatment of 120 children (179 hips) aged 6 months to 2,5 years. Soft tissue extension was carried out by the “over head” method, closed reduction, plaster splint immobilization under general anesthesia and C-arm control with subsequent replacement on individually made orthosis. Both in the course of extension and after reduction and orthosis, physiotherapeutical procedures have been widely used. Traction by “over head” method facilitates closed reduction and is considered to be the most physiological and functional method for treatment of 6 months to 2.5 year-old children with CHD.

**Key words:** congenital hip dislocation, over-head traction, functional conservative treatment.

Врожденный вывих бедра (ВВБ) относится к наиболее распространенной и тяжелой патологии опорно-двигательной системы у детей, лечение которой представляет сложную задачу современной ортопедии. Несмотря на совершенствование методов комплексного лечения и диагностики ВВБ, его ортопедические осложнения у детей и подростков остаются одной из актуальных проблем детской ортопедии. К сожалению, от 0,11% до 26% вывихов остаются неизлеченными ко второму полугодю жизни, наиболее часто у детей, умеющих стоять и ходить. По данным разных авторов до 82,2% случаев после консервативного и оперативного лечения данной патологии развивается деформирующий коксартроз, приводящий к инвалидности до 64% больных [1,2,4,5,8].

Нет единого мнения среди авторов о способе вправления ВВБ. Одни ратуют за открытое вправление, другие отдают предпочтение закрытому методу. Большинство авторов сходятся во мнении, что у детей до 1 года необходимо первоначально произвести попытку закрытого вправления после вытяжения и только после ее неудачи производить операцию [3,6,7,8,9,10].

**Цель работы:** на основании анализа результатов лечения определить эффективность использования вытяжения у больных от 6 месяцев до 2,5 лет для вправления ВВБ.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 120 детей (179 сустава) в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет. Мальчиков было 17, девочек 103. Поражение правого сустава наблю-

далось у 25 детей, левого у 36, обоих суставов-у 59.

Как видно, подавляющее большинство (более 80%) составляли больные женского пола. К сожалению, у значительной части больных патология диагностирована после начала ходьбы, что в условиях развития современных технологий неприемлемо и преимущественно является недостатком организации здравоохранения.

Нами были использованы следующие методы исследования – клинический, рентгенологический, ультразвуковой (УЗИ). Высокая эффективность УЗИ выявлена при динамическом наблюдении процесса вправления.

Больные от 6 месяцев до 2,5 лет лечились функциональным методом с помощью накожного вытяжения на дуге по методу «over head» (Рис – 1а).

Проводилось мягкотканое вытяжение по оси бедра вверх с постепенным отведением в течение 3-х или 4-х недель (в зависимости от возраста больного, а также степени нарушения анатомических соотношений в тазобедренном суставе). При полном разведении бёдер происходило спонтанное вправление. Если же за это время вывих не вправился, то производилось дополнительное вытяжение перпендикулярно первому в области тазобедренного сустава (Рис 1-а), либо проводилось атравматичное ручное вправление (под общим обезболиванием и контролем ЭОП) с последующим наложением кокситной гипсовой повязки в положении Лоренц 1 на 4-9 недель (Рис-2), после чего гипсовую повязку сменяли индивидуально изготовленной отводящей шиной с последующим восстановительным лечением

(Рис-3).

### Результаты и обсуждение

Как открытое, так и закрытое вправление ВВБ у детей старше 6 месяцев, в особенности после начала ходьбы, имеют свои преимущества и недостатки.

Как известно, преимуществами закрытого вправления после вытяжения являются: травматичность, неинвазивный характер и относительная безопасность процедуры, уменьшение ригидности мягких тканей бедра, контролируемое и медленное вправление. Недостатками являются: вероятность неустойчивого, невправимого подвывиха или вывиха, аваскулярный некроз головки бедра, длительная госпитализация, необходимость в множественных повторных рентгенограммах и трудность ухода за детьми.

При открытом вправлении отсутствует необходимость в длительной госпитализации, так же как и во множественных рентгенограммах. Во время открытого вправления, есть возможность сразу произвести хирургическую коррекцию деформации бедра или ацетабулярной дисплазии. Несмотря на это, открытое вправление и коррекция деформаций хирургически трудновыполнимы, что связано с размерами анатомических структур у маленьких детей, ригидностью окружающих мягкотканых структур и повышенному риску аваскулярных некрозов.

Для уменьшения вышесказанных недостатков, нами производилось мягкотканное вытяжение с постепенным и контролируемым отведением бедер. При достижении отведения бедер 80° накладывалась дополнительная лямка за верхнюю треть бедра и производилось добавочное вытяжение во фронтальной плоскости по продольной оси тела. Процесс низведения и вправления головки бедра контролировался в динамике с помощью УЗИ.

После клинического и рентгенологического подтверждения вправления, вытяжение оставалось без изменений в

течение недели, с целью стабилизации достигнутой центрации. Нами отмечено 5 случаев неудачного вправления по методу «over head» (все больные на момент начала лечения были старше 1,5 года), в результате которого пришлось проводить хирургическое вмешательство. У 2-х больных в процессе наложения гипсовых повязок произошел перелом шейки бедра, вследствие истерии и попыток вырваться, так как изначально данная манипуляция производилась без общего обезболивания и миорелаксации. Общее обезболивание и миорелаксация значительно облегчают процесс наложения гипса и позволяют избежать осложнений.

Использование физиотерапии с обезболивающими препаратами позволило во многих случаях избежать миотомии приводящих мышц во время центрации головки, а физиотерапевтические процедуры, направленные на увеличение местного кровотока ускорили развитие костных элементов тазобедренного сустава и свели вероятность асептического некроза головки к минимуму. В результате этого лишь у одного больного наблюдались начальные явления асептического некроза головки бедра, которые на фоне физиотерапии регрессировали.

Отдаленные результаты от 1 года до 11 лет изучены у 96 больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 89%. У остальных пациентов из-за релюксации, нарушения анатомических соотношений в пораженном суставе (скошенность крыши вертлужной впадины, избыточная антеторсия, вальгус шейки бедренной кости) проводилось хирургическое лечение. Средняя продолжительность лечения составила 9 месяцев.

Таким образом, вытяжение по методу «over head» облегчает закрытое вправление и является физиологичным и функциональным методом при лечении детей с ВВБ в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет.

УЗИ позволяет производить контроль и динамическое



а

Рис – 1. Мягкотканное вытяжение на дуге по методу «over head».



б



Рис-2. Коскситная гипсовая повязка в положении Лоренц-



Рис-3. Индивидуально изготовленная отводящая шина с лямками.

наблюдение за процессом вправления в режиме «real time», что позволило значительно уменьшить количество рентгенологических исследований и как следствие-лучевую нагрузку.

Использование вытяжения для закрытого вправления ВВБ и физиотерапевтических процедур в процессе тракции уменьшает риск аваскулярных некрозов.

Лечение больных с ВВБ после начала ходьбы является ортопедическим вызовом и, к сожалению, современная медицина, обладая необходимыми средствами ранней диагностики, зачастую бессильна при консервативном лечении застарелого ВВБ.

Учитывая факт того, что у около 40% детей с ВВБ диагноз и лечение начаты после начала ходьбы – в первую очередь необходимо организовать программу скрининга всех новорожденных.

### **Литература**

1. Агаджанян, В.В. Хирургические аспекты реабилитации детей и подростков с врожденным вывихом бедра / В.В. Агаджанян, Н.С. Сеница, В.П. Михайлов // Травматология и ортопедия России. 1998. № 2. С. 27 – 30

2. Крисяк, А.П. Диспластический коксартроз у детей и подростков // Ортопедия травматология. 1986. № 3. С. 1 – 5.

3. Крысь-Пугач, А.П., Куценок, Я.Б., Гук, Ю.Н., Марцыняк, С.М.,

Вовченко, А.Я. Современный подход к консервативному и хирургическому лечению детей с врожденным подвывихом и вывихом бедра // Травма. 2007. Том 8. № 2. С.123 – 130.

4. Малахов, О.А., Кралина, С.Э. Врожденный вывих бедра // Москва, 2006.

5. Мельникова, Т.И., Тепленький, М.П. и др. Возможности использования некоторых показателей ультразвуковой диагностики врожденного вывиха бедра у детей дошкольного и школьного возраста // Гений ортопедии. 1999. № 2. С. 109 – 112.

6. Hattori, T., Ono, Y., Kitakoji, T., Takashi, S., Iwata, H. Soft-tissue interposition after closed reduction in developmental dysplasia of the hip. The long-term effect on acetabular development and avascular necrosis // J. B. J. S. [Br]. 1999. Vol. 81. P. 385 – 91.

7. Iwasaki, K. Treatment of congenital dislocation of the hip by the Pavlik harness. Mechanism of reduction and usage // J. B. J. S. [Am]. 1983. Vol. 65. P. 760 – 767.

8. Malvitz, T.A., Weinstein, S.L. Closed reduction for congenital dysplasia of the hip. Functional and radiographic results after an average of thirty years// J. B. J. S. [Am]. 1994. Vol. 76. P. 1777 – 1792.

9. Powell, E.N., Gerratana, F.J., Gage, J.R. Open reduction for congenital hip dislocation: the risk of avascular necrosis with three different approaches // J. Pediatr. Orthop., 1986. Vol. 6. P. 127 – 132.

10. Ryan, M.G., Johnson, L.O., Quanbeck, D.S., Minkowitz, B. One-stage treatment of congenital dislocation of the hip in children three to ten years old. Functional and radiographic results // J. B. J. S. [Am]. 1998. Vol. 80. P. 336 – 344.

Поступила 24.10.2011 г.