

**А. Г. Баиндурашвили,  
С. Ю. Волошин,  
А. И. Краснов**

# **ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Клиника, диагностика,  
консервативное лечение и реабилитация**

*2-е издание, исправленное и дополненное*

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2016

Авторы:

*Баиндурашвили Алексей Георгиевич* — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, директор ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера»; член-корреспондент РАН;

*Волошин Сергей Юрьевич* — кандидат медицинских наук, заведующий отделением врожденной и приобретенной патологии тазобедренного сустава ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера»;

*Краснов Андрей Иванович* — кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, доцент кафедры детской ортопедии и травматологии ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера».

Рецензенты:

*С. А. Линник* — доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ СЗГМУ им. И. И. Мечникова;  
*В. М. Машков* — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, научный руководитель отделения патологии тазобедренного сустава ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена Минздрава России».

Редакционный совет:

*С. В. Виссарионов* — доктор медицинских наук, профессор;  
*А. В. Овечкина* — кандидат медицинских наук, доцент.

**Баиндурашвили А. Г., Волошин С. Ю., Краснов А. И.**

Б18 Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста: Клиника, диагностика, консервативное лечение и реабилитация / А. Г. Баиндурашвили, С. Ю. Волошин, А. И. Краснов. — 2-е изд., испр. и доп. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 103 с. ; ил. ISBN 978-5-299-00732-9

В руководстве представлены методики диагностики и консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста. Описана современная методика консервативного лечения данной патологии с подробным изложением алгоритма ведения данного заболевания на всех его этапах. Отражена методика реабилитационного периода.

Книга предназначена для врачей ортопедов-травматологов, хирургов и реабилитологов.

**УДК 617.3-07(31)**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения . . . . .	4
Введение . . . . .	5
<b>Глава 1. История развития консервативного лечения врожденного вывиха у детей . . . . .</b>	<b>7</b>
<b>Глава 2. Клинико-функциональная характеристика пациентов и методы диагностики врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста (3 группы). . . . .</b>	<b>15</b>
2.1. Клинический метод исследования . . . . .	17
2.2. Ультрасонографическое исследование . . . . .	22
2.3. Рентгенологическое исследование. . . . .	32
<b>Глава 3. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста . . . . .</b>	<b>42</b>
3.1. Методика консервативного метода лечения врожденного вывиха бедра (предрепозиционная подготовка, функциональное лечение) . . . . .	43
Возрастная группа от 0 до 3 месяцев. . . . .	44
Возрастная группа от 4 до 6 месяцев. . . . .	55
Возрастная группа от 7 до 1 года . . . . .	63
3.2. Алгоритм лечения врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп . . . . .	70
<b>Глава 4. Результаты лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста . . . . .</b>	<b>74</b>
4.1. Анализ результатов лечения врожденного вывиха бедра различными методами . . . . .	74
4.2. Отдаленные результаты лечения в возрастной группе от 0 до 3 месяцев . . . . .	77
4.3. Отдаленные результаты лечения в возрастной группе от 4 до 6 месяцев . . . . .	82
4.4. Отдаленные результаты лечения в возрастной группе от 7 месяцев до 1 года . . . . .	84
<b>Глава 5. Социальная реабилитация . . . . .</b>	<b>86</b>
Заключение . . . . .	94
Практические рекомендации . . . . .	99
Литература. . . . .	100

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АТ	— антеторсия
АИ	— ацетабулярный индекс
ВВБ	— врожденный вывих бедра
ДХГ	— диаметр хрящевой головки
КОБ	— корригирующая остеотомия бедра
МЕ	— модальные единицы
ПИНГБК	— пострепозиционный ишемический некроз головки бедренной кости
ПРП	— предрепозиционная подготовка
СКП	— степень костного покрытия
СХП	— степень хрящевого покрытия
УЗД	— ультразвуковая диагностика
УЗДГ	— ультразвуковая доплерография
УЗДС	— ультразвуковое дуплексное сканирование
УСГ	— ультрасонографическое исследование
СМТ	— синусоидальные модулированные токи
ФТЛ	— физиотерапевтическое лечение
ХГБ	— хрящевая головка бедра
ЩДУ	— шеечно-диафизарный угол

## **ВВЕДЕНИЕ**

Врожденный вывих бедра занимает одно из первых мест среди всех врожденных деформаций и встречается в 3–4 случаях на 1000 нормальных родов (Волков М. В., Дедова В. Д., 1980; Ramsay P., Lasser S., MacEven G., 1976).

Это определяет важность проблемы, так как восстановление анатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе избавляет больного от тяжелого уродства, во многом определяя его дальнейшую судьбу.

Однако добиться восстановления анатомических взаимоотношений любым способом — это еще не значит излечить пациента, так как наиболее опасными осложнениями вправления врожденного вывиха бедра являются ишемические нарушения, которые составляют от 6 до 80 % от общего числа в зависимости от использованных методик бескровного вправления (Кущенок Я. Б., 1992; Бовтунов А. З., 2000). Исходом этого осложнения является, как правило, деформирующий коксартроз, что обуславливает социальную значимость проблемы и необходимость поиска новых методов по профилактике ишемических изменений в головке бедра. Кроме того, остается высоким число остаточных дефектов развития сустава после неадекватного консервативного лечения, составляющее от 15 до 70 % (Тихоненков Е. С., 1992; Корнилов Н. В., 1997; Tonnis D., 1990), а возникновение на почве остаточной нестабильности тазобедренного сустава в 21–80 % случаев деформирующего коксартроза (Fettweiss E., 1999) делает данную проблему чрезвычайно актуальной.

В настоящее время определились основные тенденции в консервативном лечении врожденного вывиха бедра у детей первого года жизни. Это отказ от одномоментного вправления и жесткой иммобилизации в нефизиологическом положении. В данном методе принята постепенная коррекция нарушений взаимоотношений в условиях сохранения определенной двигательной функции сустава. Метод получил название «функционального», и результаты его применения широко освещаются в литературе (Виленский В. Я.,

1964; Мирзоева И. И., 1976; Волков М. В., Федотова Л. Е., Никифорова Е. К., 1980; Чернова Т. Н., Винокуров В. А., 1998; Koszla M. M., 1967; Barta O., 1972; Freika B., 1980). Количество предложенных шин, аппаратов и других приспособлений для функционального лечения врожденного вывиха бедра велико, часто они сложны в устройстве и применении, что свидетельствует о недостаточном понимании механизма вправления (Мельгунов А. В., 1982; Пермяков М. В., 1998; Hanauser A., 1951; Kalamchi A., MacFarlane R., 1982). Однако лечение даже функциональным методом достаточно часто не приводит к вправлению головки бедренной кости во впадину и стабильному ее удержанию. Часто присутствует ненужная этапность в лечении, т. е. применив более простой метод — широкое пеленание, переходят к следующему — подушке Freika и далее к другим, более жестким приспособлениям. Происходит крайне неблагоприятная потеря времени, ибо наиболее высокой потенцией к доразвитию тазобедренный сустав обладает в первые 6 месяцев жизни (Тихоненков Е. С., Каленов В. Е., 1970; Абальмасова Е. А., Лузина Е. А., 1983; Садофьева В. И., 1990). Кроме того, такое грозное осложнение, как асептический некроз головки бедра, даже при применении функционального метода встречается от 3 до 47 % (Бовтунов А. З., 2000; Кулиев А. М., 2004; Kalamchi A., 1980; De Rosa G. P., Feller N., 1987).

Таким образом, восстановление правильных анатомических соотношений в тазобедренном суставе у детей грудного возраста в рамках функционального метода является тяжелым стрессом для сустава, что оправдывает дальнейшие поиски методик, подготавливающих структуры сустава к кардинальным изменениям и создающих оптимальные условия для динамических взаимоотношений и реализации высоких потенциальных возможностей диспластического сустава к правильному формированию с использованием максимально атравматичной функциональной методики.

## **Материал и методы исследования**

Были изучены результаты комплексного функционального лечения врожденного вывиха бедра по разработанной методике 205 больных в возрасте от первых дней жизни до года, находившихся на лечении в ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера».

В работе использованы клинический, рентгенологический, ультрасонографический и статистический методы исследования.

## **Глава 1**

### **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА У ДЕТЕЙ**

Врожденный вывих бедра (ВВБ), несмотря на его своевременную диагностику и раннее лечение, представляет собой одну из наиболее крупных проблем ортопедии и в последние десятилетия стал предметом широких исследований в России и за рубежом (Маркс В. О., 1934; Волков М. В., Федотова Л. Е., 1961; Бровкина Т. А., 1971; Поздникин Ю. И., 1998; Barta O., 1972; Fujioka F. [et al.], 1995).

По данным литературы, этот порок развития тазобедренного сустава отмечается в 3–4 случаях на 1000 нормальных родов (Мирзоева И. И., Гончарова М. Н., Тихоненков Е. С., 1976; Волков М. В., Дедова В. Д., 1980; Чернова Т. Н., 1984; Поздникин Ю. И., 1998).

Новые данные о влиянии различных факторов на внутреннее развитие плода (состояние матери в период беременности, воздействие лучевых, биологических, термических, алиментарных агентов) расширили представление об этиопатогенезе врожденного вывиха бедра и облегчили раннюю диагностику в антенатальном периоде (Koszla M. M., 1967; Malvitz T., Wenstein S., 1994).

Актуальность проблемы раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра связана с высоким процентом полного восстановления анатомического строения и функции тазобедренного сустава у детей, начавших лечение в грудном возрасте (Гончарова М. Н., 1948; Бровкина Т. А., 1959; Мирзоева И. И., 1967; Янакова О. М., 1996; Ахтямов И. Ф., 1995; Поздникин Ю. И., 1998; Koszla M. M., 1967).

Этим же определяется важность выбора правильной тактики лечения сразу после установления диагноза, так как восстановление анатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе избавляет ребенка от тяжелого осложнения.

Первые сохранившиеся письменные упоминания о врожденном вывихе бедра встречаются у Гиппократа, который в книгах «De articularis» и «De fractures» уже в то время относил врожденный вывих бедра к тяжелым заболеваниям, описал патогенез и клиническую картину этого заболевания и приписывал его происхождение

травме плода во время внутриутробного развития (Гончарова М. Н., Бровкина Т. А., 1968).

В конце XV в. французский врач Abrois Page в главе XVI своего трактата «Десять книг по хирургии» на основании клинических наблюдений и анатомического изучения высказал мнение о том, что причиной врожденного вывиха бедра является травма плода во время беременности матери (Bado J., 1961). После этого до XVII в. в литературе не встречалось других данных по этому вопросу.

В 1717 г. врач Verduk впервые сделал попытку вправления головки бедренной кости на трупе путем вытяжения, однако, как только оно прекращалось, головка бедра смещалась обратно. В 1743 г. Andry в своем труде «Ортопедия или искусство предупреждать или исправлять деформации тела у детей» описывает данное заболевание и хромоту при двусторонних врожденных вывихах бедра. В начале XIX в. итальянский врач Paletta, занимаясь изучением тазобедренного сустава на трупах детей, высказал мысль о том, что ВВБ не может возникать во время родов, а вытекает из «vittium frimae farmationis», т. е. это дефект внутриутробного развития плода (Гончарова М. Н., Бровкина Т. А., 1968).

В 1826 г. Dufuytrell в Парижской Академии наук сделал доклад о патологических аномалиях и клинической картине врожденного вывиха бедра. Он указывал на то, что вывих заключается в перемещении головки бедренной кости из вертлужной впадины на наружную часть подвздошной ямки, которое существует уже при рождении и, которое, по-видимому, скорее вызвано дефектом глубины впадины, а не несчастным случаем или заболеванием (Васильева О. И., 1969).

В России первая работа по лечению врожденного вывиха бедра принадлежит Е. О. Мухину, который в 1805 г. написал руководство «Первые начала костеправной науки», посвященное главным образом лечению вывихов и переломов, однако описания методики лечения ВВБ у детей в ней нет.

Duval (1818) и Marlaix (1833) для лечения данной патологии применяли постоянное вытяжение с целью низведения головки бедра и последующего ее вправления, но положительных результатов не получили (Васильева О. И., 1969).

Именно фиксация оставалась камнем преткновения после закрытого вправления ВВБ у детей и почти до середины XIX в. сводила на нет все попытки врачей добиться вправления вывиха бедра (Гончарова М. Н., 1953).

Humbert (1835) сконструировал специальный аппарат для вытяжения бедра и производил первые попытки его применения у детей старше 10 лет, однако эффекта достигнуто не было. Он впервые об-



ратил внимание на то, что для успеха вправления необходимо хорошее соприкосновение суставных поверхностей головки бедренной кости и суставной впадины, и первый дал описание аппарата для лечения врожденного вывиха бедра. Однако аппарат был сложен по конструкции и не получил распространения.

Privatz (1847 г.) опубликовал свой труд о ВВБ, где детально изложил свой способ вправления вывиха путем длительного покоя без нагрузки в течение 2 лет. Однако столь длительный период покоя без нагрузки и неустойчивые результаты вправления показали проблематичность в лечении больных с ВВБ.

Shade (1870) для вправления вывиха бедра комбинировал вытяжение с абдукцией у детей с 5 до 10 лет. Однако результаты были неутешительными, так как способ применялся в позднем возрасте и при уже больших патологических изменениях в суставе.

В 70-х годах XIX столетия Guerin и Bouvier произвели миотомию уже у взрослых больных для облегчения вправления вывиха, однако при этом отсутствовала последующая фиксация после закрытого вправления.

Первые попытки закрытого вправления с середины XIX столетия привели к появлению большого количества методик по лечению этой тяжелой патологии.

Успешное вправление врожденного вывиха бедра произвел в 1887 г. Рассі. Именно Рассі можно считать родоначальником закрытого вправления врожденного вывиха бедра. Он первым сделал шаг вперед в этом вопросе. А 1894 г. можно по праву считать началом бескровного лечения врожденного вывиха бедра, когда на съезде итальянского общества хирургов в Риме Рассі продемонстрировал несколько случаев успешного вправления вывиха бедра, однако он не разработал полностью методику удержания вправленной головки бедра в вертлужной впадине. Вслед за Рассі активно начал заниматься бескровным лечением вывиха бедра Lorenz. После того как в 1895 г. Lorenz разработал метод закрытого вправления вывиха бедра, этот метод стал широко применяться для лечения детей вплоть до 15-летнего возраста.

В 1897 г. в России в клинике А. А. Боброва во время XII съезда врачей в Москве Lorenz впервые продемонстрировал закрытое вправление вывиха бедра и разработанную им методику фиксации тазобедренных суставов для удержания головки в суставной впадине после ее вправления. Он указал на то, что удержание головки бедренной кости в положении вправления столь же важно, как и само вправление, поскольку она стимулирует развитие вертлужной впадины. Основные положения метода Lorenz господствуют и до

настоящего времени во многих ортопедических учреждениях России. По последним статистическим данным, хорошие анатомические результаты после закрытого вправления по Logenz отмечаются лишь в 10–20 %.

Основными причинами неудач бескровного лечения врожденного вывиха бедра по Logenz являются следующие:

- поздний (от 1 года до 2–4 лет) возраст начала лечения врожденного вывиха бедра у детей, провозглашенный Logenz как оптимальный;

- грубое насилие с повреждением тканей сустава при одномоментном вправлении вывиха под наркозом;

- длительный срок фиксации конечностей в гипсовой повязке в нефункциональном положении при отсутствии их подвижности, что приводит к атрофии, дистрофии и дегенеративным изменениям в травмированных тканях сустава (Гончарова М. Н., Бровкина Т. А., 1968; Крисюк А. П., 1982; Бовтунов А. З., 2000; Малахов О. А. [и др.], 2003).

В ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» экспериментальными исследованиями на трупах новорожденных установлено блокирование медиальной и латеральной огибающих артерий на уровне подхода к капсуле сустава при первом классическом положении Logenz и сужение внутрисуставных ветвей этих артерий при втором положении (Бовтунов А. З., 2000).

Наибольшее число осложнений характерно для ручной репозиции под наркозом с длительной фиксацией в положении Logenz. При применении этого метода у детей от 6 месяцев до 1 года частота осложнений достигает от 30 до 76,4 % (Мирзоева И. И., 1970; Краснов А. И., 1990; Tonnis D., 1989).

До середины XX в. вопросами консервативного лечения врожденного вывиха бедра занимались многие авторы (Глебовский А. А., 1910; Турнер Г. И., 1919; Вреден Р. Р., 1925; Ситенко М. И., 1928). Следующим значимым этапом в лечении ВВБ была разработка методик постепенного вправления: методика Putti с применением клиновидных подушек, методика М. И. Ситенко (1928), способ А. А. Глебовского (1910).

Однако при всей своей прогрессивности (постепенность вправления с исключением одномоментного закрытого вправления) предложенные методики лечения ВВБ предусматривали длительную гипсовую иммобилизацию после достижения вправления, что не могло не сказаться на результатах лечения. Частота и тяжесть ишемических нарушений несколько снизились (до 40–60 %), но оставались неприемлемо высокими.

Новая эра в консервативном лечении врожденного вывиха бедра связана с именами В. Фрейка и А. Павлика — чешскими ортопедами, предложившими и широко применившими принцип постепенного щадящего вправления, полностью исключающий какие-либо внешние воздействия, с полным отказом от гипсовой или иной иммобилизации после вправления. Принцип, провозглашенный В. Фрейком в 1936 г. («Долой гипсовую повязку»), был с готовностью принят ортопедами ведущих стран и стал основополагающим.

В работах М. Н. Гончарова, Т. А. Бровкина, М. Э. Казакевич, И. И. Мирзоева, В. Я. Виленский, А. Павлик, М. Кошля и В. Фрейк в 50—70-е годы XX столетия большое внимание придавалось раннему началу лечения врожденного вывиха бедра у детей первого года жизни, а также созданию функциональных шин и конструкций, которые способствовали снижению неудовлетворительных результатов после закрытого вправления.

Этот период ознаменовался появлением ряда функциональных шин (ЦИТО, стремяна Pavlik, «штанишки» Becker, повязка David, шина Шнейдерова, шина Виленского, шина Круминя, шина из винил-пласта НИДОИ им. Г. И. Турнера, аппарат Nhevkovsky, шина Koszla, шина Гижицкой — Волкова). Появление такого большого количества конструкций для лечения вывиха бедра в каждом конкретном случае обуславливало и появление определенной методики в лечении вывиха бедра у детей. Каждый из авторов отмечал хорошие (80—96 %) результаты лечения.

В кандидатской диссертации Н. А. Тимофеевой-Виттен (1951) освещены вопросы бескровного лечения ВВБ у детей всех возрастов за исключением раннего возраста до года.

М. Н. Гончарова (1953) в своей докторской диссертации указала на раннюю диагностику и щадящие способы вправления. Следует отметить, что в этот период превалировало мнение, что одномоментное вправление с последующей гипсовой иммобилизацией лучше начинать с 2—3 лет жизни ребенка.

Однако закрытое вправление у ребенка в таком возрасте однозначно не приводило к положительным результатам, так как ребенок в это время активно ходит и сформировавшийся внутрисуставной блок служит препятствием для закрытого вправления.

До 70-х годов XX в. ведущей была теория о том, что лечение врожденного вывиха бедра после закрытого вправления в самом раннем возрасте должно проводиться на шинах различных конструкций, а уже с 6 мес. — в гипсовых распорках.

В настоящее время практически во всех регионах России используются методики лечения врожденного вывиха бедра

по Lorenz, стременами Pavlik, подушкой Freika, шинами ЦИТО, Koszla. Анализ отдаленных результатов показал, что наибольший процент осложнений встречается при лечении по Lorenz — от 23 до 82 %, в шине ЦИТО — до 33 %, в подушке Freika — до 15 %, в стременах Pavlika — до 12 %, в шине Koszla — до 8 %.

*При легении по методу Lorenz* причиной осложнений является то, что проводится одномоментное закрытое вправление и ребенок фиксируется на длительный срок гипсовой повязкой в положении максимального отведения.

Практически с первых дней лечения в связи с давлением головки бедра на мягкотканую подушку в вертлужной впадине происходит ее ишемия, которая усугубляется напряжением приводящих мышц на фоне перерастяжения огибающих сосудов бедра. Длительная гипсовая иммобилизация также приводит к развитию гибельно-отводящей контрактуры.

*Шина ЦИТО* представляет собой жестко фиксирующую конструкцию, не позволяющую ребенку выполнять активные движения, ограничивающую возможность использования методов функционального воздействия. Причина развития ишемии головки бедра в этом случае идентична таковой при лечении по методике Lorenz-1.

*Подушка Freika* — это умеренно жестко фиксирующая конструкция, ограничивающая функциональную подвижность в тазобедренном суставе и вызывающая ишемические изменения в головке бедра по типу положения Lorenz-1, но в несколько меньшем количестве случаев.

*Стремена Pavlik* — это не жестко фиксирующая конструкция, позволяющая конечностям ребенка производить свободные движения, способствующие как удержанию головки бедра во впадине, так и вывихиванию ее при приведении конечности, что также приводит к нестабильному вправлению.

*Шина Koszla* представляет собой жестко фиксирующую конструкцию, позволяющую удерживать конечности в положении вправления головки бедра с сохранением подвижности в тазобедренных суставах (сгибание, отведение). Умеренное количество осложнений при использовании этой шины связано с отсутствием предварительной подготовки (расслаблением аддукторов бедра) и с излишне длительным сроком фиксации.

На основании проведенного анализа литературы необходимо отметить, что лечение врожденного вывиха бедра закрытым способом у детей эффективно может идти только в двух направлениях: создание функциональных конструкций и усовершенствование имеющихся методик лечения.

Главным условием для улучшения результатов лечения врожденного вывиха бедра является *раннее выявление патологии и максимально раннее начало лечения* (Гончарова М. Н., 1948; Бровкина Т. А., 1964; Мирзоева И. И., 1967; Тихоненков Е. С., 1976; Hnevkovski O., 1961; Barlow T., 1964; Artz T. [et al.], 1975; Harris J., Dickens R., Menelaus M., 1992).

Анализ исследований последних лет показывает, что лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста в настоящее время проводится методом постоянного отведения конечности, одномоментным закрытым вправлением и иммобилизацией по Lorenz в гипсовой распорке, подушкой Freika, стременами Pavlik (Fredenebody N., 1976; McCarroll H., 1980; Tredwell S., Davis L., 1989; Suzuki S. [et al.], 1996; Cashman J. P., Round J., Taylon G., 2002).

Наличие осложнений при применении функциональных методов лечения с использованием стержней Pavlik и подушки Freika отмечается разными авторами от 0,85 до 5–7 % (Казеева Л. М., Хреновская Л. И., 1997; Vizkelety T., Srjke G., 1989; Viere R. G. [et al.], 1990).

С середины 90-х гг. XX в. широко используется функциональная гипсовая повязка по Тер-Егиазарову – Шептуну. При отрицательном результате консервативного лечения этим способом в большинстве регионов России используется затем метод вправления при помощи скелетного вытяжения по методике «over head». Сами авторы указывают на 90–95 % излечения при помощи данной методики.

Однако отдаленные результаты, прослеживаемые в отделении патологии тазобедренного сустава ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера», показывают, что практически в 72 % случаев наблюдаются остаточные дефекты в тазобедренном суставе. Это вызывает необходимость в операционной коррекции у детей уже в раннем возрасте (Тихоненков Е. С., 1976; Поздникин Ю. И., 1983).

В настоящее время общепризнанными методиками лечения врожденного вывиха бедра являются различные приспособления (повязки), удерживающие бедро в положении отведения (Круминь К. А., 1956; Tang V., Procop J., Persing D., 1997), назначение которых зависит от возраста больных в начале лечения.

Все эти известные способы используют принцип положений Lorenz с той лишь разницей, что они допускают возможность движений в тазобедренных суставах.

Таким образом, сохранение подвижности в тазобедренных суставах во время лечения ВВБ является ведущим принципом в профилактике дистрофической перестройки эпифиза головки бедренной

кости (Бровкина Т. А., 1964; Мирзоева И. И., 1976; Павлик А., 1979; Краснов А. И., 1990).

Весь смысл раннего функционального лечения ВВБ заключается в том, чтобы как можно в более ранние сроки создать условия для гармоничного развития всех элементов тазобедренного сустава (Осьмина А. Т., 1968; Горбунова Р. Л. [и др.], 1976; Воерее N., Searke N., 1999).

Начиная с 1995 г. появился ряд работ по раннему функциональному лечению врожденного вывиха бедра (Пермяков М. В., 1995; Богосьян А. Б. [и др.], 1996; Малахов О. А., 2002; Mooney J., Kasser J., 1994; Fujioka [et al.], 1995). Среди них следует отметить два направления: создание функциональных шин и разработка ультрасонографических критериев на этапах лечения данной патологии. Однако в этих работах нет четких критериев назначения функциональных шин, отсутствует методика ведения данных больных, не конкретизируются сроки перехода ко второму этапу лечения. В публикациях по раннему лечению ВВБ у грудных детей не определены сроки начала и конца иммобилизации функциональными шинами, а также перехода на этап раннего хирургического лечения в зависимости от возраста ребенка.

По данным литературы, в основе лечения ВВБ у детей грудного возраста преобладает классическая триада: от рождения ребенка до 3 мес. применяется широкое пеленание, от 3 до 7 мес. — подушка Freika и стремяна Pavlika, от 7 мес. до 1 года — функциональные гипсовые распорки, шина Виленского или функциональные гипсовые распорки (Бровкина Т. А., 1971; Волков М. В., 1980; Абальмова Е. А. [и др.], 1983; Малахов О. А., 2002; Almby B., Nyelmsedt A., Lonnerholm T., 1979).

Анализ лечения по этим методикам позволил установить отсутствие четких критериев и показаний к применению шин и конструкций на этапах консервативного лечения, отсутствие рентгенологических и ультрасонографических показаний для перевода ребенка из одного положения в другое.

Авторы не оговаривают сроков прекращения попыток закрытого вправления в случаях неудач, путей дальнейшего наблюдения и возможной корреляции на всех этапах лечения.

Таким образом, даже наличие множественных методик и конструкций в функциональном лечении врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста не снимает в настоящее время актуальность разработки оптимального алгоритма в лечении вывиха бедра, включающего в себя важные элементы — функциональную подготовку перед закрытым вправлением и использование функциональных шин на всех этапах лечения этой патологии.

## Глава 2

### **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА (3 ГРУППЫ)**

Книга основана на анализе результатов обследования и лечения 205 больных (225 суставов). Дети с первого месяца жизни до 1 года наблюдались в поликлиническом отделении и на отделении патологии тазобедренного сустава ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера».

Больные были разделены на три возрастные группы в зависимости от сроков постановки диагноза и взятия их на учет.

Основную группу поступивших на лечение составляли дети в возрасте от 4 до 6 мес. (44,8 %), что сопоставлялось с известным фактом наибольшего выявления врожденного вывиха бедра и началом лечения в эти сроки.

В возрастной группе от 1 до 3 мес. были обследованы лишь 29,8 % детей, что связывалось с тем, что практически во всех роддомах отсутствует первичный осмотр ортопеда, а квалификация врача-неонатолога не позволяет на таких ранних этапах заподозрить патологию тазобедренного сустава и уже на первом месяце жизни ребенка направить на осмотр ортопеда. Сразу при выписке из родильного дома на основании клинических данных поставили диагноз 16,4 % детям, в 2 мес. — при клиническом осмотре и по данным ультрасонографического исследования — 32,8 %, а в 50,8 % случаев — в трехмесячном возрасте, по данным рентгенографии.

Следует отметить, что диагноз ВВБ у большинства больных был поставлен в 3-месячном возрасте и позже в детской поликлинике, поэтому лечение чаще всего начиналось с опозданием. Недостаточная укомплектованность консультантами в роддомах и ортопедами в районных поликлиниках не позволяет дифференцированно подходить к выявлению ранних клинических признаков патологии тазобедренного сустава. Ортопедический осмотр ребенка в первые дни после рождения не проводился, даже несмотря на отягощающие факторы риска первой половины беременности у их матерей. Направления на ортопедический осмотр чаще всего выдавались только после 2—3 мес. жизни ребенка, так как, к сожалению, до сих пор су-

**Баиндурашвили Алексей Георгиевич,  
Волошин Сергей Юрьевич,  
Краснов Андрей Иванович**

**ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА  
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Клиника, диагностика,  
консервативное лечение и реабилитация**

Подписано в печать 14.10.2015. Формат 60 × 88<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Печ. л. 6,5. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».  
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,  
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,  
<http://www.speclit.spb.ru>.

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,  
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит А, пом. 3Н.

ISBN 978-5-299-00732-9



9 785299 007329