

УДК 616.728.2-007.17:616.718.4-001.6-08-053.2



КУЦЕНОК Я.Б.

Клиника современной ортопедии, г. Киев, Украина

## НАША ФИЛОСОФИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Памяти врачей-гуманистов А.Е. Равицкой и Б.С. Куценок посвящается

*Стратегия — это последовательное  
проведение мероприятий, направленных  
к достижению конечных целей.*

**Ниро Вульф**

*Следует лечить не болезнь, а больного.*

**Гиппократ**

Более 50 лет я занимаюсь патологией тазобедренного сустава (ТБС), и в особенности проблемой лечения врожденного вывиха бедра (ВВБ). По указанной проблеме опубликовал свыше 150 научных работ, в т.ч. две монографии, получил более 20 патентов на изобретение, сделал множество докладов, был модератором и проводил мастер-классы на украинских и международных съездах и конференциях.

Обдумывая опыт 50-летнего лечения детей, хочу поделиться своими раздумьями, даже, можно сказать, философией лечения детей с дисплазией тазобедренного сустава и врожденным вывихом бедра.

Существующая «мода» настоятельно рекомендует использовать протоколы диагностики и лечения. Эта мода заимствована из США и т.н. цивилизованных стран Европы, где лечение не по протоколу чревато судебными исками и финансовыми потерями врача и/или страховых компаний.

Я, безусловно, согласен с тем, что стандартные подходы к лечению необходимы, но скептически отношусь к бездумному применению протоколов вообще и к протоколам диагностики при лечении ВВБ в частности. Вспоминается анекдот, рассказанный отцом, учившимся в мединституте в начале 20-х гг. XX века: «Пациент встречается врача, у которого он лечился за 5 лет до этой встречи, и говорит: «Вы сказали, что я

не проживу больше 6 месяцев, а я живой и здоровый». Врач ответил: «Falsch kurieren» — «Неправильно лечили». В то время в Киеве было много врачей-немцев, которые считались и были педантами («протоколов») тогда еще не было).

И. Сталин писал: «Марксизм не догма, а руководство к действию». Для молодых читателей эта фраза и ее автор не очень убедительны, но в то время Сталин был диктатором в СССР, и каждое его слово являлось законом. Но если даже такая философская система, как марксизм, не является догмой, то как могут протоколы быть догмой?

Цитата, как мне кажется, максимально подходящая к анализируемой проблеме, принадлежит великому русскому натуралисту К. Тимирязеву: «Песчинка может склонить чувствительные весы природы».

Классическим руководством к действию я назвал бы фразу К. Линдемманна, написанную еще в 1960 году в руководстве по ортопедии: «Коренная задача лечения врожденного вывиха бедра — повлиять на формирование тазобедренного сустава после вправления». Но как повлиять в каждом конкретном случае — это и есть ключевая задача доктора.

Разберем, сколько протоколов лечения ВВБ должно быть написано как руководство к действию.

---

Адрес для переписки с автором:  
Куценок Яков Борисович  
E-mail: vovchenkoanna@rambler.ru

---

© Куценок Я.Б., 2016  
© «Хирургия детского возраста», 2016  
© Заславский А.Ю., 2016

Наш учитель Р. Граф различал 12 ступеней зрелости ТБС, 6 из которых: 2с нестабильный, 2с стабильный, d, тип 3a, 3b, IV — нуждаются в лечении.

Для каждого из этих подтипов требуется соответствующий протокол. Естественно, в возрасте до 6 мес., 7–12 мес., 13–24 и 25–36 мес. лечатся по-разному и нуждаются в отдельных протоколах. Но лечение одностороннего или двустороннего поражения ТБС различается. Также различается лечение детей с ригидной конституцией, или joint laxity. Лечение различается в случаях наличия или отсутствия смежных заболеваний и/или при неблагоприятных условиях. То есть для лечения только детей с врожденным нарушением формирования ТБС различных степеней требуется более 100 протоколов.

Протоколы лечения этой патологии в США, странах Европы и Азии различаются иногда весьма существенно. В последние годы предлагается т.н. европейский протокол, но он отнюдь не является обязательным для всех европейских стран. В частности, в Украине, России и др. странах существуют собственные протоколы. Предложение перевести европейские протоколы на украинский язык не реализовано и, с нашей точки зрения, не очень целесообразно.

Поэтому я решил предложить свою философию лечения ВВБ детей в возрасте до 3 лет включительно. С моей точки зрения, подобная философия может быть использована и для лечения детей с ВВБ старшего возраста, а возможно, и для лечения других заболеваний. Философия заключается в том, что лечение должно включать интегральный (системный) подход и должно быть компетентным, адекватным, мини-инвазивным и интерактивным (КИАМИ).

Рассмотрим каждую из этих составляющих отдельно.

1. Под компетентностью мы понимаем выбор врача для лечения данного конкретного пациента с учетом тяжести местных патологий и общего состояния ребенка.

Так, например, тип 3b. 4 по Графу должны лечить детские ортопеды-травматологи или, по крайней мере, консультировать детские ортопеды-травматологи не ниже 1-й категории.

Тип 3a могут лечить детские ортопеды 2-й категории, подтипы 2с стабильный и 2с нестабильный и d могут лечить детские хирурги и даже педиатры или семейные врачи, разумеется, с привлечением в качестве консультантов детских ортопедов.

Профессор Чингхаук (2001) отметил, что любые проблемы клинической медицины включают 3 основных аспекта: диагностику, классификацию и лечение. Мы понимаем дополнение общепринятых «диагностика и лечение» понятием «классификация» как важность не только диагностики данного заболевания, но и классификации его по тяжести, наличию сопутствующих заболеваний и др.

Следует точно классифицировать, идет ли речь о так называемом вправимом (консервативном) вывихе бедра — тип 3, имеются ли дистрофические изменения в эркере (тип 3) или таковые отсутствуют. Следует вы-

являть блокаду входа в вертлужную впадину (тип 4). В свою очередь, при наличии блокады возможно ли ее устранить с помощью вытяжения, изменения позиции бедер (условно-вправимые), либо имеющиеся препятствия могут быть устранены только хирургическим путем. Классификация, естественно, требует достаточной квалификации врача.

2. Интегральность (системность) подразумевает обязательное включение в комплекс лечения не только ортопедических мероприятий, но и мероприятий, способствующих восстановлению и/или сохранению гомеостаза, репаративных возможностей организма, а применительно к детскому возрасту — приближающемуся к нормальному формированию органов и систем, в данном случае ТБС.

3. Адекватность подразумевает подбор конкретных лечебных методик в соответствии с возрастом пациента, выраженностью патологических изменений, факторов риска (ФР), замедлением или нарушением формирования ТБС. Должны учитываться также состояние гомеостаза организма ребенка, конституциональные особенности и сопутствующие заболевания.

4. Мини-инвазивность подразумевает проведение лечебных мероприятий с минимальным травмированием как местных тканей, так и организма ребенка в целом. При этом имеются в виду не только местные ткани ТБС, но и кровообращение, и иннервация ТБС, и, по большому счету, создание оптимальных условий для формирования всех органов и тканей растущего организма ребенка, в частности тканей ТБС — преформированного хряща и предупреждения ятрогенных осложнений.

5. Интерактивность подразумевает скрупулезный мониторинг состояния организма ребенка и местных тканей и использование методик, предупреждающих прогрессирование и ликвидирующих выявленные в процессе мониторинга осложнения, замедляющие или нарушающие формирование ТБС, и способствующих приближению его к нормальному.

Адекватность, мини-инвазивность, интерактивность обеспечиваются скрупулезным клиническим наблюдением, использованием инструментальных (миотонометрия, ЭМГ, термометрия), лабораторных и лучевых методов исследования, конечно мини-инвазивных, УЗИ, доплерографии.

Применительно к лечению детей с ВВБ в возрасте до 3 лет наша философия изложена достаточно подробно в опубликованных ранее работах.

Мы являемся сторонниками активно-функционального метода лечения. Подразумевается, что в процессе лечения постоянно выполняются упражнения и движения в суставах нижних конечностей. Причем особое значение придается самостоятельным, активным движениям ребенка. Конечно, родители и/или медицинские работники стимулируют ребенка их выполнять.

Лечение ВВБ (тип 3a, 3b, IV) включает 5 этапов: подготовительный, вправление, удержание, дораз-

витие, раннюю реабилитацию (переход от положения лежа к вертикальному — стоянию и ходьбе). Каждый из этих этапов проводится адекватно, мини-инвазивно и интерактивно.

Также еще до начала лечения следует выявлять и лечить сопутствующие заболевания и ФР замедления и/или нарушения репаративных процессов.

Естественно, интегральный подход должен быть не только на этапе диагностики, но и на всех этапах лечения. Например, такие заболевания, как рахит или дисбактериоз, могут развиваться в процессе лечения ВВБ.

## Список литературы

1. Вовченко Г.Я. Автореферат. Ранне выявленя порушень формування кульшового суглоба. Клініко-сонографічне дослідження. — Київ, 1995. — 24 с.

2. Джалилов А.П., Куценок Я.Б., Джалилова Ш.П. и др. Современные технологии перинатальной и неонатальной диагностики патологии тазобедренного сустава // Проблемы остеологии. — 2010. — Том 13, № 2–3. — С. 12–16.

3. Куценок Я.Б. Использование новых технологий при функциональном лечении детей с врожденным вывихом бедра до 3 лет // Детская хирургия. — 2015. — № 3–4.

4. Куценок Я.Б. Диссертация д.м.н. Функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. — К.: КМАПО, 1971. — 413 с.

5. Куценок Я.Б., Вовченко А.Я. Функциональное лечение детей до 3 лет с врожденным вывихом бедра с использованием артроскопических технологий, контролируемых он-лайн ультрасонографией // Детская хирургия. — 2016. — № 1.

6. Куценок Я.Б., Вовченко А.Я. Пошаговая дорожная карта адекватных, мини-инвазивных, интерактивных профилактики, диагностики, лечения и реабилитации нарушения формирования тазобедренного сустава у детей в возрасте до 3 лет (интегральный (системный) (в печати).

7. Куценок Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывихи и вывихи бедра. — К.: Здоровье, 1992. — 184 с.

Получено 09.01.16 ■