

## АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РОТАЦИОННЫМ ПОДВЫВИХОМ АТЛАНТА

*Бабич В.А.; Губар Р.Г. студ. 5-го курса*

*СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и неотложных состояний*

Актуальной проблемой вертебрологии является нестабильность краниовертебральной зоны, характеризующаяся хроническими динамическими подвывихами, как в атлантоокипитальном, так и в атлантоаксиальном суставах.

**Материалы и методы.** В основе работы лежат результаты обследования 128 пациентов в возрасте от 3 до 17-и лет, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в СОДКБ. На основе анализа клинических данных у больных с ротационным подвывихом атланта выделяют три основных синдрома: болевой, установочное положение головы, ограничение движений. Дополнительным методом исследования, при данной патологии является рентгенография в передне-задней проекции через открытый рот, при которой видим ассиметричное расположение суставных поверхностей С1-С2, нарушение центрации зуба С2 относительно С1. Вспомогательные методы исследования (КТ и электромиография) представляют возможность выявить наличие врожденных аномалий развития С1 и С2; нарушение тонуса мышечной группы обеспечивающее подвижность в сегменте С1-С2.

Основным методом лечения является консервативное: фиксация шейного отдела позвоночника воротником Шанца и вытяжение с помощью петли Глиссона. Также применяются методы лечения по Витюхову и Рине-Гютеру.

Пациенты были разделены на группы: по механизму травмы, по времени получения повреждения, по половому и по временному признаку.

**Причины:** резкое или чрезмерное сгибание, реже разгибание в шейном отделе позвоночника, сочетающееся с ротацией в ту или иную сторону; релаксация мышц шеи или нескоординированное их сокращение; часто – травма шейного отдела позвоночника. Сходную клиническую картину имеют аномалии развития и синдром Гризеля.

**Симптоматика:** голова больного наклонена в больную и ротирована в противоположную сторону. Пациент жалуется на боль в верхнем сегменте шеи, невозможность, или ограничение движений в сторону противоположную подвывиху. Пальпаторно – отмечается болезненность при нажатии на остистые отростки и паравертебральные зоны в области сегментов С1-С2, часто – болезненность при осевой нагрузке. Пассивные движения в сторону противоположную поражению болезненны, зачастую невозможны.

**Результаты лечения.** У 100% наблюдаемых пациентов после вытяжения на петле Глиссона в течении 3-5 дней, и дальнейшей фиксации воротником Шанца на протяжении 10 дней наступило полное выздоровление. У 80% пациентов с незначительным ограничением функции и умеренно выраженным болевым синдромом наступило полное выздоровление, 18% из этой группы – требовали консервативного лечения на петле Глиссона, 2% пациентов была необходима консультация отоларинголога, пульмонолога и лечение воспалительных заболеваний носоглотки.