

2. Мерцалова, И. Б. Васкулиты кожи / И. Б. Мерцалова // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 35–37.

3. Юсупова, Л. А. Современное состояние проблемы ангиитов кожи / Л. А. Юсупова // Лечащий врач. – 2013. – № 5. – С. 38–42.

ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. РАННЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лашковский В. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни врожденный вывих бедра занимает первое место как по частоте возникновения, так и по тяжести последующих анатомо-функциональных изменений при несвоевременном лечении.

Частота данной патологии в разных странах колеблется от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных [1]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в выявлении, клинической и инструментальной диагностике, раннем функциональном лечении врожденного вывиха бедра, до сих пор многие стороны этой проблемы остаются нерешенными. Данная патология в большинстве случаев выявляется в первые месяцы жизни ребёнка и детям проводится раннее функциональное лечение, однако, в 10,1% - 62,0% случаев в отдаленные периоды развития выявляются остаточные дефекты сустава [2,3].

Наиболее простой, целесообразной и приемлемой организационной формой работы по раннему выявлению врожденных деформаций опорно-двигательной системы и, в частности, патологии тазобедренных суставов – является систематический осмотр детей неонатологами и ортопедами в ранний неонатальный период [4].

Цель работы: оценить значение клинического скрининга врожденной патологии тазобедренных суставов у детей в ранний неонатальный период.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 405 детей с врожденной патологией тазобедренных суставов. У 378 детей патология диагностирована в условиях родильного дома при клиническом осмотре на основании симптомов Маркса – Ортолани, Барлоу и описанного нами симптома ротационной нестабильности [5]. У 27 детей изменения со стороны тазобедренных суставов выявлены в разные сроки после 3-месячного возраста в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Среди обследованных детей девочек было 340 (84%), мальчиков – 65 (16%). Соотношение мальчиков-девочек составило 1:5,2.

Из акушерского анамнеза матерей установлено, что в 96 случаях (23,7%) имелись отклонения течения беременности: у 39 (2,9%) гестозы 2-й половины, у 14 (3,5%) женщин до наступления родов имела место угроза прерывания беременности, по поводу чего большинство женщин лечились стационарно. Среди матерей, родивших детей с патологией тазобедренных суставов, у 31 имелись указания на перенесенные экстрагенитальные острые и хронические воспалительные заболевания.

325 детей (80,2%) родились в головном предлежании, 46 (11,4%) – в ягодичном и 34 ребёнка (8,4%) извлечены путем кесарева сечения.

У 36 детей (8,8%) врожденная патология тазобедренных суставов была сочетанной: в 19 случаях отмечено сочетание с врожденной мышечной кривошеей, в 10 – с деформациями стоп (плоско-вальгусной, пяточно-вальгусной и метатарозо-варусной деформациями) и у 7 детей патология суставов сочеталась с врожденной косолапостью.

326 пациентам с периода новорожденности до 2,5-3-месячного возраста проводилось регулярное широкое пеленание с поперечным валиком и ежемесячным ортопедическим контролем. Метод широкого пеленания с поперечным валиком практически равнозначен подушке Фрейка. С 3-месячного возраста после проведения рентгенологического обследования и анализа рентгенограмм по схеме Хильгенрейнера были выделены 3 клинические группы, которым проведено лечение с использованием оригинальной ортопедической шины. Лечение в ортопедической шине дополнялось массажем и ФТЛ.

Результаты и обсуждение. Развитие нестабильного тазобедренного сустава (при наличии симптомов Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности) в период новорожденности во многом зависит от условий содержания ребенка. Регулярное использование широкого пеленания с поперечным валиком в течение 2-2,5-3 мес. Привело к полному анатомическому восстановлению всех элементов тазобедренного сустава у 96 пациентов (при рентгенологическом исследовании в 3-месячном возрасте отмечена возрастная норма α , величин h и d). 18 детей выбыли из-под наблюдения в связи с изменением места жительства.

Оставшиеся 291 пациент разделены на 3 клинические группы: I – 230, у которых широкое пеленание проводилось до 3-месячного возраста с последующим лечением в предложенной ортопедической шине, II – 34 пациента – патология выявлена в роддоме, но по ряду социально-бытовых причин они не лечились методом широкого пеленания, но после рентгенологического обследования в 3-месячном возрасте и уточнении диагноза им проведено лечение и использованием аналогичной ортопедической шины, III – 27 пациентов – ортопедический диагноз установлен после 3-месячного возраста при профилактическом осмотре в амбулаторно-поликлинических условиях.

При рентгенологическом обследовании в 3-месячном возрасте пациентов первой группы (230 детей) у 159 диагностирован врожденный вывих бедра, 12 – врожденный подвывих бедра и у 59 – дисплазия тазобедренных суставов. Во второй группе (34 пациента) – врожденный вывих – 19, подвывих – 2, дисплазия суставов – 13. Третья группа (27 детей) – врожденный вывих бедра – 16, подвывих – 7, дисплазия – 4.

Всем детям, начиная с 3-месячного возраста, проводилось консервативное лечение врожденной патологии тазобедренных суставов с использованием предложенной ортопедической шины. Преимущества данной ортопедической шины: 1) возможность придания нижним конечностям ребенка аксиллярного положения с внутренней ротацией и дозированным отведением, что создает постоянную функциональную центрацию головок бедренных костей в вертлужных впадинах; 2) постоянная профилактика дистрофических изменений со стороны головок бедренных костей;

3) возможность проведения физиотерапевтических и гигиенических процедур без снятия ортопедической шины; 4) простота изготовления и отсутствие сложных элементов в конструкции.

Особо важным моментом, который может оказать существенное влияние на конечный результат, является методика наложения шины в первую неделю лечения. Это обусловлено возможностью нарушения кровообращения в элементах сустава с последующим развитием асептического некроза головки бедренной кости. Исходя из этого, нами во всех случаях проводилась адаптация ребёнка к ортопедической шине в течение семи суток по предложенной схеме.

У 230 детей, у которых использование ортопедической шины явилось продолжением лечения с периода новорожденности методом широкого пеленания с поперечным валиком, длительность составила $3,1 \pm 0,05$ мес. И к концу первого года жизни у 214 имелись возрастные клиничко-рентгенологические показатели развития тазобедренных суставов.

Во второй клинической группе, где лечение в ортопедической шине начато с 3-месячного возраста без предварительного широкого пеленания и, таким образом, не использована максимальная потенция роста сустава в первые месяцы жизни, сроки лечения по всем нозологическим единицам увеличились и составили в среднем $4,8 \pm 0,27$ мес. ($P < 0,001$). В третьей клинической группе средняя продолжительность лечения составила $5,4 \pm 0,21$ мес. ($P < 0,001$) и к годовалому возрасту полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренного сустава отмечено в 86,7% случаев.

Необходимо также отметить, что при оценке результата лечения у детей необходимо говорить о состоянии тазобедренного сустава на момент обследования, так как изменения диспластичного сустава могут происходить в течение всей жизни пациента.

Осложнения отмечены у 11 детей: асептический некроз головки бедренной кости у 7 пациентов, болевая контрактура тазобедренного сустава у 3 и в одном случае имел место невправимый вывих бедра.

Выводы:

1. Врожденная патология тазобедренных суставов должна выявляться неонатологами и ортопедами в ранний неонатальный

период на основании клинических признаков Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности.

2. Указанные признаки дают возможность выявить врожденную патологию тазобедренных суставов в 98,04% случаев.

3. Простые ортопедические мероприятия при наличии врожденного нестабильного тазобедренного сустава в ¼ случаев к 3-месячному возрасту приводят к полному восстановлению сустава.

4. Предложенная ортопедическая шина для консервативного лечения врожденной патологии тазобедренных суставов позволяет получить полное анатомо-функциональное восстановление сустава к годовалому возрасту у 92,7% детей, является эффективной и может широко использоваться в практическом здравоохранении.

Литература:

1. Малахов, О. А., Кралина, С. Э. Врожденный вывих бедра.- М.: Медицина, 2006.- С.128

2. Отдаленные результаты консервативного лечения врожденного вывиха бедра, осложнившегося развитием асептического некроза головки у детей / С. С. Наумович, И. Э. Шпилевский, Р. В. Косталес, В. Г. Крючок // Материалы 5 съезда травматологов-ортопедов Белорусской ССР.- Гродно, 1991.- С. 63-64

3. Соколовский, А. М. Хирургическая профилактика и лечение диспластического коксартроза // Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22.- Минск, 1984.- 34 с.

4. Лашковский, В. В. Стандарты диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей первого года жизни // Автореф. Дис. ... канд. мед. наук.- Минск, 1996.- 19

5. Лашковский, В. В., Мацкевич, Б. И. (СССР) А. с. 1827198 СССР, МКИ А61 F 5/04 Способ диагностики врожденного вывиха бедра у новорожденных при недоразвитии задне-наружного края вертлужной впадины.- № 47697702/14; Заявлено 12.12.89; Опубл. 15.07.93, Бюл. № 26.- 17с.