

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Лашковский В.В., Иванцов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденная патология тазобедренных суставов у детей первого года жизни занимает первое место среди всех ортопедических заболеваний этого возраста. Частота данной патологии в разных странах составляет от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных [1, 4, 5]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в клинической и инструментальной диагностике, раннем функциональном лечении, многие вопросы этой проблемы остаются не решенными.

В настоящее время данная патология в большинстве случаев диагностируется в первые месяцы жизни ребёнка и проводится раннее функциональное лечение. Однако в 10,1-62,0% случаев в отдаленные периоды развития выявляются остаточные дефекты тазобедренного сустава [2, 3]. Залог успешного решения данной проблемы – максимально ранняя диагностика патологии в ранний неонатальный период при совместной работе неонатологов и ортопедов.

Цель работы: проанализировать развитие тазобедренных суставов в первые три месяца жизни в группе детей, у которых в ранний неонатальный период была клинически диагностирована врожденная патология тазобедренных суставов.

Материалы и методы. Нами, в условиях родильного дома, за 8 лет в ранний неонатальный период, по методу массового скрининга осмотрено 41,758 новорожденных. У 378 (0,91%) детей при клиническом обследовании выявлены признаки нестабильности тазобедренного сустава. Под нестабильностью тазобедренного сустава мы понимаем возможность при клиническом осмотре одномоментного вывихивания и последующего вправления головки бедренной кости в вертлужную впадину.

Диагноз «врожденный нестабильный тазобедренный сустав» может рассматриваться как предварительный диагноз, нацеленный на проведение максимально раннего консервативного лечения в течение первых 1-2 месяцев после рождения ребенка. Последующее рентгенологическое исследование, которое не должно выполняться ранее 2,5-3-месячного возраста с рентгенометрическим анализом по схеме Хильгенрейнера определяет окончательный диагноз: дисплазия тазобедренных суставов – головка бедренной кости строго центрирована по отношению к вертлужной впадине, но имеет место увеличение ацетабулярного индекса более 30°; подвывих бедра – увеличение ацетабулярного индекса более 30°, величины d более 4-6 мм; врожденный вывих бедра – увеличение ацетабулярного индекса более 30°, величины d более 4-6 мм,

расстояние h менее 9-10 мм. В настоящее время так же широко используется УЗИ исследование тазобедренных суставов и классификация изменений по методу Р. Графа.

Для выявления клинических признаков врожденной патологии тазобедренных суставов в виде нестабильности сустава определяли следующие клинические признаки: симптомы Маркса–Ортолани, Барлоу и предложенный нами симптом ротационной нестабильности (Лашковский В.В., Мацкевич Б.И. Способ диагностики врожденного вывиха бедра у новорожденных при недоразвитии задне-наружного края вертлужной впадины. А.с. № 1827198, СССР, МКИ А 61 F 5/04 опубл. 15.07.93 г.)

Методика определения симптомов. Симптом Маркса–Ортолани: у лежащего на спине ребенка ноги сгибают в коленных и тазобедренных суставах до прямого угла и бедра разводятся в стороны. Когда отведение бедра достигает угла $45-50^\circ$ головка бедра вправляется в вертлужную впадину, при обратном движении, приведении – она вывихивается.

Симптом Барлоу: положение ребенка на спине. Ноги в тазобедренных суставах сгибают до прямого угла, в коленных полностью. Средний палец располагают в области большого вертела, большой палец в проекции малого вертела. Попеременное давление на область малого и большого вертелов сопровождается вывихиванием и вправлением головки бедренной кости.

Симптом ротационной нестабильности: положение ребенка на спине, ноги в тазобедренных суставах сгибаются до прямого угла, в коленных полностью, разведение бедер доводят до $20-30^\circ$ с каждой стороны; совершают ротационные движения в тазобедренном суставе с одновременной нагрузкой по оси бедра. Если при внутренней ротации головка бедренной кости вывихивается, а при наружной вправляется – диагностируется врожденный нестабильный тазобедренный сустав.

Из других клинических признаков патологии в ранний неонатальный период изучены: ограничение отведения бедра и асимметрия кожных складок. Ограничение пассивного отведения бедер по нашим данным встречается у 7,1% новорожденных в первые 5-7 дней после рождения и в большей степени указывает на возможную неврологическую патологию. Асимметрия кожных складок отмечена у 41% детей, и данный признак не имеет большого диагностического значения, если не сочетается с другими симптомами.

Таким образом, основные клинические признаки, на которых проводилась диагностика, – это симптомы Маркса–Ортолани, Барлоу и ротационной нестабильности.

Детям, у которых выявлена патология в ранний неонатальный период, в течение первых 3-х месяцев жизни проводилось ортопедическое лечение с использованием широкого пеленания с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) и ежемесячный осмотр ортопеда. В 3-месячном возрасте выполнено рентгенологическое обследование тазобедренных суставов в 0-положении с рентгенометрическим анализом по схеме Хильгенрейнера.

Нами предложен диагностический алгоритм для врачей ортопедов при выявлении врожденной нестабильности тазобедренного сустава у детей первых 3-х месяцев жизни (рисунок).

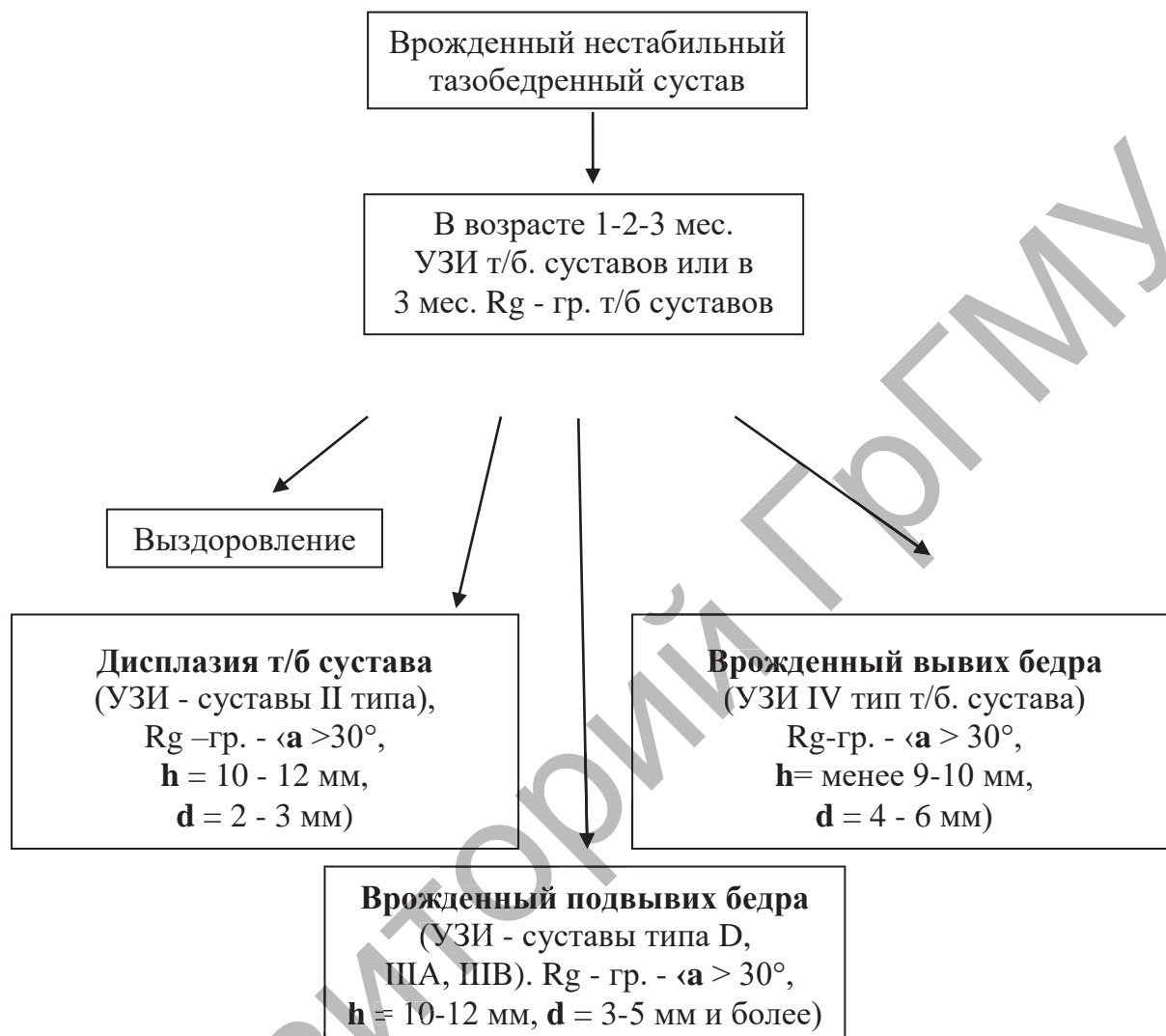


Рисунок – Диагностический алгоритм при врожденной нестабильности тазобедренного сустава у детей первых трех месяцев жизни

Результаты. У 93 детей (28,9%) к трехмесячному возрасту после лечения методом широкого пеленания с поперечным валиком наступило выздоровление, подтвержденное рентгенологически. 18 детей (4,8%) выбыли из-под наблюдения в связи с изменением места жительства.

37 пациентам (9,8%) с врожденным нестабильным тазобедренным суставом, по независящим от нас социально-бытовым причинам, лечение до 3-месячного возраста не проводилось, но всем им в 3 месяца выполнено рентгенологическое обследование. В этой группе пациентов двусторонний врожденный вывих бедра диагностирован у 12 (32,43%) детей, односторонний вывих бедра в сочетании с дисплазией противоположного тазобедренного сустава – у 7 (18,91%), подвывих бедра у 2 (5,4%), дисплазия тазобедренных

суставов у 13 (35,13%), выздоровление наступило только у 3 (8,1%) детей. Низкий процент самопроизвольного излечения в группе пациентов с врожденным нестабильным тазобедренным суставом, которым не проводилось лечение, указывает на необходимость обязательного ортопедического лечения.

В группе детей, которым проводилось широкое пеленание с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) в 3-месячном возрасте выздоровление наступило у 93 пациентов (28,9%), врожденный вывих бедра отмечен у 159 (51,4%), подвывих бедра у 12 (3,7%), у 59 (18,3%) пациентов диагностирована дисплазия тазобедренных суставов. С 3-месячного возраста лечение продолжено с использованием ортопедической шины, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, массажа.

Таким образом, из 378 детей с врожденным нестабильным тазобедренным суставом у 28,9% пациентов к 3-месячному возрасту при проведении простейших ортопедических лечебных мероприятий наступило выздоровление и только у 8,1% выздоровление наступило без лечения. Полученные данные указывают на значимость морфофункциональных изменений сустава в ранний неонатальный период, клинически проявляющийся нестабильностью, для его последующего развития.

Выводы:

1. Врожденную патологию тазобедренных суставов необходимо клинически диагностировать в ранний неонатальный период в условиях родильного дома.

2. Термин «врожденный нестабильный тазобедренный сустав» может быть использован в практическом здравоохранении как предварительный диагноз у детей в период новорожденности.

3. Наличие у пациента в раннем неонатальном периоде признаков нестабильного тазобедренного сустава требует обязательного лечения, динамического ортопедического наблюдения и сонографического или рентгенологического контроля в возрасте от 1 до 3 месяцев для установления окончательного диагноза и принятия решения о дальнейшем рациональном лечении.

Литература

1. Малахов, О.А. Врожденный вывих бедра / О.А. Малахов, С.Э Коалина. – М.: Медицина, 2006. – 128 с.

2. Отдаленные результаты консервативного лечения врожденного вывиха бедра, осложнившегося развитием асептического некроза головки у детей / С.С. Наумович [и др.] // Материалы 5 съезда травматологов-ортопедов Белорусской ССР. – Гродно, 1991. – С. 63-64.

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

4. Roposch, A. Weighted diagnostic criteria for developmental dysplasia of the hip / A. Roposch, E. Protopapa // J. Pediatr. – 2014. – 165(6). – P. 1236-1240.

5. Wicart, P. Congenital dislocation of the hip: optimal screening strategies in 2014

СТРУКТУРА И РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ

Милош Т.С.¹, Гутикова Л.В.¹, Разина С.А.².

¹Гродненский государственный медицинский университет
²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Известно, что воспалительные инфекционные болезни женской половой сферы являются одними из доминирующих в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков группы риска. Частота, в частности, вульвовагинита, по разным данным, колеблется от 12 до 93% и в 60% случаев приобретает рецидивирующий характер [1]. Актуальность этой проблемы определяется тем, что хронизация воспалительного процесса в подростковом возрасте может способствовать нарушению репродуктивной функции в дальнейшем [2].

По данным литературы, с началом сексуальной жизни у юных пациенток диагностируют воспаление слизистой оболочки половых органов [3], среди девушек в возрасте от 14 до 19 лет каждая третья, живущая половой жизнью, инфицирована высокоонкогенным штаммом ВПЧ [4]. Установлено, что местные механизмы иммунной защиты, такие как секреторный иммуноглобулин А и лизоцим, продуцируемые эндоцервиксом шейки матки, в подростковом возрасте еще недостаточно развиты, и их защитная функция минимальна. Доказано, что наличие вульвовагинита у таких пациенток является благоприятным фоном для развития предопухолевого патологического процесса шейки матки [5]. Поэтому изучение инфекционных факторов в комплексном подходе к проблемам подросткового возраста является особенно значимым.

По нашим данным в 2018 году вульвовагинитов и кольпитов у девочек после 15 лет выявлено в Гродно 198 случаев, в Гродненской области – 303, в 2019 году соответственно 200 и 294 случая.

Целью данного исследования является – изучить структуру и показать роль некоторых инфекционных факторов в формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков группы риска с вульвовагинитами в г. Гродно.

Объект и методы исследования. Было проведено ретроспективное, интервенционное исследование 48 амбулаторных карт девочек в возрасте $17,0 \pm 0,7$ лет, находившихся на базе городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 2 г. Гродно» и городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 1 г. Гродно» в «Центрах дружественных подросткам» с 2018 по 2019 год. Критерием отбора в группу исследования был верифицированный диагноз вульвовагинит с основными жалобами – обильные выделения из половых путей – у сексуально активных подростков, которые имели в анамнезе неоднократные половые контакты.