

Пациенты	Оценочные показатели индексной шкалы функции плечевого сустава в послеоперационном периоде (наблюдения через 1-2 года после оперативного лечения по методике Свердлова в нашей модификации)								
	Индекс боли	Индекс активности	Индекс самообслуживания	Индекс раскрытия ПУ	Индекс наружной ротации	Индекс элевации	Индекс резкости движений	Индекс внутренней ротации	Средний клинический индекс
7.38 лет Муж.	5	5	4	5	5	5	5	4	4,75
8.50 лет Муж.	5	5	4	5	5	4	4	5	4,625
9.64 года Жен.	4	4	4	4	3	5	4	4	4,0
10.38 лет Жен.	5	5	4	4	4	5	4	5	4,5
11.45 лет Муж.	5	4	5	5	4	5	4	5	4,625
12.39 лет	4	5	5	4	4	5	5	4	4,5

У всех прооперированных пациентов рецидивов вывиха не наблюдалось.

Выводы:

1. Операция Свердлова в нашей модификации позволяет сохранить функцию плечевого сустава, сохранив его стабильность.

2. Предложенная нами модификация значительно упрощает техническое выполнение, а значит уменьшает время операции, развитие интра- и пост операционных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов, С.В. Посттравматическая нестабильность, заболевание ротаторной манжеты плечевого сустава у спортсменов и лиц физического труда (Патогенез. Современные методы диагностики и лечения): автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.00.22 / С.В. Архипов; Центр. науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии. – М., 1998. – 48 с.

2. Свердлов, Ю.М. Травматические вывихи и их лечение / Ю.М. Свердлов. – Медицина 1978.

3. Аскерко, Э. А. Практическая хирургия ротаторной манжеты плеча / Э.А. Аскерко. – Витебск: ВГМУ, 2005. – 201 с.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В МИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Королько А.С., Звездина Н.В., Ярмолович В.А., Кезля О.П., Бенько А.Н., Ладутько Ю.Н., Селицкий А.В.

Минская областная клиническая больница, Беларусь
БелМАПО, г. Минск, Беларусь

Введение. Проблема лечения коксартроза является одной из наиболее актуальной в современной ортопедии. Этим заболеванием страдает от 7% до 25% взрослого населения в Европе. По данным экспертной групп ВОЗ 2012 г., в мире выполняется около 1млн. 500 тыс. операций эндопротезирования

тазобедренного сустава и с каждым годом увеличивается их число увеличивается.

В значительной части случаев эти вмешательства выполняются по поводу диспластического коксартроза. По современным данным, до 10% операций протезирования тазобедренных суставов проводится именно у пациентов с коксартрозом этой этиологии. Нарушение биомеханики тазобедренного сустава в результате дисплазии дисплазии тазобедренного сустава встречается, по данным различных авторов, в 50-200 случаях на 1000 новорожденных (5-20%). Оно приводит к развитию диспластического коксартроза в 37-60% случаев и, как следствие, к тяжелым нарушениям функции сустава [1, 2].

Хирургические подходы к лечению коксартроза до настоящего времени не решили проблему лечения этого заболевания. Общеизвестны осложнения, с которыми сталкиваются хирурги после операции тотального эндопротезирования при коксартрозе: нестабильность эндопротеза, инфекционные осложнения, вывихи и т.д. Поэтому нарушение формирования тазобедренного сустава, ведущее к развитию диспластического коксартроза – проблема не только детской ортопедии, но и значительная социальная проблема в структуре инвалидности взрослого населения.

Ведущую роль в предотвращении тяжёлых последствий дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных играет ранняя диагностика и функциональное лечение [5].

В настоящее время существует 3 основных протокола исследования тазобедренных суставов для скрининговой диагностики дисплазии у новорожденных:

1 – клинический, основанный на клиническом обследовании детей с использованием методик Ортолани и Барлоу в первые 6 недель;

2 – клинический протокол с выборочным ультразвуковым исследованием детей группы высокого риска дисплазии, в которую включаются дети с выявленными клиническими признаками или наличием каких-либо факторов риска;

3 – клиническое обследование в сочетании с ультразвуковым у всех детей в течение первых 6-ти недель после рождения [3, 5].

Рентгенография тазобедренного сустава играет незначительную роль в скрининговых исследованиях младенцев из-за наличия лучевой нагрузки.

Огромное значение в лечении дисплазии у новорожденных имеет также и выбор оптимальных ортопедических приспособлений для консервативного лечения. Из них в настоящее время наиболее широкое распространение в нашей стране имеют функциональные шины ЦИТО, Кошля и подушка Фрейка.

Методы. В настоящее время в лечебных учреждениях Минской области организована двухуровневая система диагностики патологии тазобедренных суставов у новорожденных. На уровне районных лечебных учреждений диагностика дисплазии в основном выполняется хирургами поликлиник по первому протоколу в объёме клинической диагностики. В некоторых районах выполняются единичные ультрасонографические исследования тазобедренных суставов в условиях кабинета общей УЗИ диагностики.

Обследование новорожденных в объёме второго протокола диагностики производится в консультативной поликлинике Минской областной клинической больницы (МОКБ), куда по показаниям направляются дети из районов области. На этом этапе исследование ребёнка осуществляется в специализированном кабинете детским ортопедом. Ультразвуковая диагностика тазобедренных суставов выполняется по показаниям врачом УЗИ диагностики, прошедшим специальную подготовку по ультрасонографии опорно-двигательного аппарата. Такой объём исследования внедрен в практику клиники с 1993 года.

В 2015 году в лечебных учреждениях районного уровня Минской области на первом уровне диагностики дисплазии осмотрено 19160 новорожденных и детей грудного возраста, что составило 100% от родившихся за этот период.

В течение этого времени исследование детей в объёме второго протокола на втором уровне в консультативном кабинете МОКБ было выполнено у 2550 детей до 6 месяцев, что составило 13,3% от всех новорожденных. Из них у 1550 новорожденных была выполнена ультрасонография тазобедренных суставов, что составило 60,7% от всех обследованных на втором уровне. В возрасте до 1 месяца ультрасонография выполнялась у 118 (7,6%) новорожденных, до 3 месяцев – 875 (56,5%), до 6 месяцев – 557 (35,9%).

За период 2015 года на первом уровне было выявлено 380 случаев развивающейся дисплазии (2% от всех новорожденных). Из них на первом уровне диагностировано 124 случая дисплазии (32,6%), на втором уровне – 256 (67,4%) случая.

Во всех случаях выявленной дисплазии тазобедренного сустава лечение проводилось с использованием фиксирующих приспособлений. У новорожденных применялись лечебные трусики, у детей старше 4-6 мес. – шина Ситенко и шина Кошле. В ходе консервативного лечения с применением лечебных трусиков и шины Ситенко были выявлены случаи развития аваскулярного некроза головки бедра.

Обсуждение. В современной литературе, посвящённой дисплазии тазобедренного сустава, ведущая роль в диагностике этого заболевания отводится УЗИ исследованию тазобедренных суставов. Согласно схеме скрининга новорожденных, предложенной Графом с учетом темпов роста суставов младенца, первое УЗИ исследование должно проводиться на 4-й неделе жизни, в крайнем случае, в начале 6-й недели, в период высокого темпа созревания тазобедренного сустава. Именно в этом периоде должен быть выставлен диагноз и начато лечение. Повторные исследования используются в качестве контроля темпов созревания (3-4 месяцы жизни), а также для уточнения результатов первого ультразвукового исследования (контроль каждые 2 недели) [4].

Применяемая в настоящее время в области тактика обследования новорожденных в большинстве случаев ограничивается клиническим обследованием новорожденных, что снижает качество диагностики. Применение ультрасонографии в объёме второго протокола для скрининговой

диагностики дисплазии позволило практически в два раза улучшить качество диагностики этой патологии (32,6% случаев заболевания выявлено при клиническом исследовании, при сочетании с ультразвукографическим исследованием выявлено 67,4% случаев).

Среди функциональных способов раннего лечения дисплазии у новорожденных методом выбора, согласно данным литературы, является применение стремян Павлика [5]. Этот метод даёт более 90-95% положительных результатов как в лечении дисплазии, так и врождённого вывиха. Согласно статистике осложнений, при использовании различных методов лечения дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных, стремена Павлика имеют минимальный риск развития аваскулярного некроза в процессе лечения. Так, если частота аваскулярного некроза головки бедра при лечении дисплазии в шине ЦИТО достигает 33%, в лечебных трусиках – 15%; шины Кошля – 12%, то в стременах Павлика – от 0% до 8%. В связи с этим в клинической практике учреждений области при развивающейся дисплазии перспективным представляется более широкое применение стремян Павлика, которые позволяют снизить число осложнений в ходе консервативного лечения.

Таким образом, анализ состояния диагностической и лечебной помощи новорожденным с дисплазией тазобедренного сустава в Минской области показывает, что улучшению результатов лечения этой патологии может быть достигнуто путём более широкого использования ультразвукографии при скрининговом обследовании новорожденных и применения более эффективных методов функционального лечения дисплазии.

Выводы. Основными путями оптимизации организации лечебно-диагностической помощи детям с дисплазией тазобедренных суставов в Минской области являются:

1 – обеспечение ранней диагностики заболевания путем более широкого применением ультразвукового исследования на этапе первичной диагностики в условиях районных медицинских учреждений,

2 – повышение качества экспертной специализированной консультативной помощи путём обеспечения на этом этапе полного комплексного (клинического и ультразвукографического) исследования всех новорожденных,

3 – внедрение в практику более эффективных функциональных способов лечения дисплазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крисюк, А.П., Меженина Е.П, Куценко Я.Б. Влияние экологических факторов на возникновение врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у новорожденных. //Ортопедия, травматология и протезирование, 1993. - № 1. - С.60-63.

2. Соколовский А.М., Крюк А.С. Хирургическое лечение заболеваний тазобедренного сустава, Минск 1993 г.

3. Герасименко, М.А., Белецкий А.В., Платонов А.В. «Метод лечения врожденной дисплазии тазобедренных суставов у детей грудного возраста» // Инструкция по применению, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 04.10.2013 № 051-0513.