

УДК 616.728-001:6-053.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/06>

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

©*Джамалбекова Э. Д., Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан, e.djamalbekova@mail.ru*

©*Джумабеков С. А., SPIN-код: 3441-5010, акад. НАН КР, д-р мед. наук, Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан, s_djumabekov@mail.ru*

RESULTS OF EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN IN INFANCY

©*Dzhamalbekova E., Bishkek Scientific Research Institute Center of Traumatology and Orthopedics, Bishkek, Kyrgyzstan, e.djamalbekova@mail.ru*

©*Dzhumabekov S., SPIN-code: 3441-5010, academician of NAS KR, Dr. habil., Bishkek Scientific Research Institute Center of Traumatology and Orthopedics, Bishkek, Kyrgyzstan, s_djumabekov@mail.ru*

Аннотация. В статье представлены результаты ранней диагностики с помощью ультрасонографии и лечения пациентов с дисплазией тазобедренного сустава у детей грудного возраста. Ультразвуковое исследование было проведено 90 детям грудного возраста, у которых наблюдались клинические симптомы дисплазии тазобедренных суставов, а также детям из группы риска развития дисплазии. Комплексное консервативное лечение назначалось пациентам с различными степенями дисплазии. Основной акцент диагностики делался на ультразвуковое исследование, так как оно является очень доступным, неинвазивным и высоко информативным в период новорожденности.

Abstract. This article presents the results of early diagnosis using ultrasonography and the treatment of patients with hip dysplasia in infants. An ultrasound study was performed on 90 infants who had clinical symptoms of hip dysplasia, as well as children at risk for developing dysplasia. Comprehensive conservative treatment was prescribed to patients with various degrees of dysplasia. The main emphasis of the diagnosis was on ultrasound, as it is very affordable, non-invasive and highly informative during the neonatal period.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренных суставов, грудные дети, УЗИ диагностика, раннее лечение.

Keywords: hip dysplasia, infants, ultrasound diagnostics, early treatment.

Введение

Одним из наиболее тяжелых ортопедических заболеваний у детей является дисплазия тазобедренного сустава. При данном заболевании происходит нарушение опорной функции конечности вследствие неправильной пространственной ориентации шейки и головки бедренной кости относительно вертлужной впадины [1, 7].

Статистические данные говорят о том, что дисплазия тазобедренного сустава встречается в 1 случае на 1000 новорожденных. При этом у девочек чаще диагностируется врожденный вывих бедра, чем у мальчиков [1]. Несмотря на значительные успехи, по сей

день в современной медицине, лечение дисплазии тазобедренного сустава продолжает оставаться одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста. Поэтому, важной задачей современной ортопедии является раннее выявление детей с дисплазией тазобедренных суставов. Ведь чем раньше было начато лечение, тем лучше будет результат. Доказано, что около в 98% случаях достигается хороший и отличный результаты, при условии, что лечение данной патологии начато до 3-х месячного возраста [1, 3, 6].

В последние годы диагностические возможности ранней диагностики патологии тазобедренных суставов закономерно расширяются за счет внедрения новых неинвазивных методик. Ультразвуковой метод исследования, разработанный австрийским ортопедом Р. Графом, является одним из основных неинвазивных методов диагностики. Он позволяет оценить состояние тазобедренного сустава без использования рентгенологических методов, а также у детей первого года жизни может рассматриваться как скрининговый метод диагностики. По мнению различных авторов, в возрасте не ранее 3-5 месяцев жизни становится более информативным рентгенологическое исследование тазобедренных суставов [2, 4, 5].

Материалы и методы

В период с 2018 г. по 2019 г. нами было обследовано 90 детей (68 девочек — 75,5%, 22 мальчика — 24,4%) в грудном возрасте в отделении детской ортопедии БНИЦТиО, из Центров Семейной Медицины. Нами очень тщательно изучался анамнез данной беременности.

Следующие моменты являлись показаниями к обязательному проведению исследования:

- преждевременные роды;
- многоплодная беременность;
- тазовое и ягодичное предлежание;
- наследственность;
- использование бешика (традиционная восточная колыбель);
- клиническая симптоматика (высокий мышечный тонус в нижних конечностях, асимметрия ягодичных складок, ограничение отведения бедра, укорочение одной из конечностей и симптом соскальзывания).

В нашем исследовании мы использовали УЗИ-сканер Vinno E30, оборудованный датчиком линейного сканирования с рабочей частотой 4-12 МГц (по методике Р. Графа).

Результаты исследования и их обсуждение

У 21,1% детей в возрасте 1-2 месяцев жизни отсутствовала клиническая симптоматика, наблюдающаяся у детей с неизменными тазобедренными суставами. Клинические признаки дисплазии тазобедренных суставов (ограничение разведения бедер, асимметрия кожных складок) выявляли при наличии неизменных тазобедренных суставов в остальных случаях у 79% обследованных детей. Только у 14,4% детей с подвывихом бедра были отмечены асимметрия продольных осей бедер и симптом «щелчка».

Из Таблицы видно три типа развития тазобедренных суставов у детей: здоровые (1а), физиологически незрелые (2а, 2б, 2с) и диспластичные тазобедренные суставы (3а, 3б). Наибольший интерес представляли дети с незрелыми суставами (3а), которые составляли — 13,3%.

Таблица.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ
 ПО Р. ГРАФУ У ДЕТЕЙ

Тип суставов	Мальчики (n=22)		Девочки (n=68)		Всего
	Левый сустав	Правый сустав	Левый сустав	Правый сустав	
1a	2	2	9	6	19(21,1%)
1b	5	3	12	10	30(33,3%)
2a	3	1	3	2	9(10%)
2b	1	-	6	4	11(12,2%)
2c	1	1	5	1	8(8,8%)
3a	3	-	4	5	12(13,3%)
3b	-	-	1	-	1(1,1%)
<i>всего</i>	<i>15</i>	<i>7</i>	<i>40</i>	<i>28</i>	<i>90(100%)</i>

Следует особо отметить, что у девочек отмечены все тяжелые степени задержки развития суставов, таким образом, можно отметить корреляцию между полом и данной патологией. С учетом данной особенности патологии, скрининговое обследование УЗИ тазобедренных суставов у новорожденных девочек рекомендовано в 100% случаях.

После проведенного комплекса диагностических мероприятий, мы предложили разработанное нами устройство Джумабекова (Рисунок), для лечения детей с выявленной дисплазией тазобедренных суставов. Данное устройство позволяет выполнять дозированное разведение бедер ребенка, в результате чего создаются оптимальные условия для развития всех элементов тазобедренных суставов, путем центрирования головки бедренных костей в вертлужной впадине. Кроме этого необходимо подключать комплексное физиотерапевтическое лечение: электрофорез хлористого кальция, эуфиллином; массаж с акцентом на ягодичные области; парафиновые аппликации на тазобедренные суставы; лечебная физкультура.



Рисунок. Пациент А. Р. 5 месяцев в устройстве Джумабекова.

32 обследованным детям в возрасте от 1 месяца до 1 года жизни, проведено лечение с использованием данного устройства. Длительность лечения в данном устройстве составляла от 4 до 10 недель, затем это приспособление заменяли шиной Виленского по показаниям. В результате данного лечения у 29 детей (90%) сформировались нормальные тазобедренные

суставы. Применение данного устройства Джумабекова и комплексов реабилитационных мероприятий позволило лечить у детей первых дней жизни дисплазии тазобедренных суставов.

Выводы

Таким образом, уточнить или полностью исключить предполагаемую ортопедическую патологию у детей в грудном возрасте позволяет применение ультразвукового исследования, что зачастую избавляет ребенка от ненужного лечения

УЗИ тазобедренных суставов, в современном развитии диагностической аппаратуры, представляется выгодной альтернативой рентгенологическому методу, так как он позволяет избежать неоправданную лучевую нагрузку, при этом он визуализирует с высокой степенью достоверности хрящевые структуры тазобедренного сустава в более ранние сроки. 1–1,5 месяца жизни является наиболее оптимальным сроком для проведения скринингового исследования. Так как в этом возрасте все элементы сустава развиваются очень быстро, а патологические изменения в суставах в этот период наиболее хорошо поддаются ортопедической коррекции.

Принцип комплексного раннего подхода позволяет добиться хороших результатов в лечении дисплазии тазобедренных суставов, при условии начала функционального лечения в наиболее ранние сроки (с 1 месяца жизни).

Список литературы:

1. Малахов О. А., Кралина С. Э. Врожденный вывих бедра (клиническая картина, диагностика, консервативное лечение). М.: Медицина, 2006. 128 с.
2. Вовченко А. Я., Куценко Я. Б., Зинченко В.В., Демьян Ю. Ю. Наш опыт ультразвуковой диагностики дисплазии тазобедренного сустава // Вісник ортопедії травматології та протезування. 2004. №2. С. 41-45.
3. Тарасов А. Н. Структура патологии опорно-двигательной системы в раннем грудном возрасте // Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии: мат. научно-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России с международным участием (19–21 сентября 2007 г.). 2007. С. 41–42.
4. Граф Р. Сонография тазобедренных суставов новорожденных. Диагностические и терапевтические аспекты. Томск: Издательство Томского университета, 2005. 194 с.
5. Меньшикова Т. И., Макушин В. Д., Тепленький М. П. Ультрасонографическая оценка структурно-пространственного состояния головки бедренной кости у детей с врожденным подвывихом и вывихом бедра // Гений ортопедии. 2001. №4. С. 106-111.
6. Холодарев В. А., Холодарев А. П., Ачкасов А. А. Консервативный метод лечения врожденного вывиха бедра у детей в возрасте до 3 лет // Травма 1. (Т. 13). 2012. Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27713> (дата обращения 20.07.2014).
7. Dezateux C., Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip // The Lancet. 2007. V. 369. №9572. P. 1541-1552. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60710-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60710-7)

References:

1. Malakhov, O. A., & Kralina, S. E. (2006). Vrozhdennyi vyvikh bedra (klinicheskaya kartina, diagnostika, konservativnoe lechenie). Moscow. Meditsina, 128. (in Russian).
2. Vovchenko, A. Ya., Kutsenok, Ya. B., Zinchenko, V. V., & Dem'yan, Yu. Yu. (2004). Nash opyt ul'trazvukovoi diagnostiki displazii tazobedrennogo sustava. *Visnik ortopedii travmatologii ta protezuvannya*, (2). 41-45. (in Russian).

3. Tarasov, A. N. (2007). Struktura patologii oporno-dvigatel'noi sistemy v rannem grudnom vozraste. In *Aktual'nye problemy detskoj travmatologii i ortopedii: mat. nauchno-prakt. konf. detskikh travmatologov-ortopedov Rossii s mezhdunarodnym uchastiem (19–21 sentyabrya 2007 g.)*, 41–42. (in Russian).

4. Graf, R. (2005). Sonografiya tazobedrennykh sustavov novorozhdennykh. Diagnosticheskie i terapevticheskie aspekty. Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo universiteta, 194. (in Russian).

5. Menshchikova, T. I., Makushin, V. D., & Tioplenky, M. P. (2001). Ultrasonographic evaluation of structural-and-spatial condition of the femoral head in children with congenital subluxation and dislocation of the hip. *Orthopaedic Genius*, (4). 106-111. (in Russian).

6. Kholodar, V. A., Kholodar, A. P., & Achkasov, A. A. (2012). Conservative treatment of congenital dislocation of the hip in children under the age of 3 years. *Trauma 1*. (13). Access: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27713> (date accessed 20/07/2014).] (in Russian).

7. Dezateux, C., & Rosendahl, K. (2007). Developmental dysplasia of the hip. *The Lancet*, 369(9572), 1541-1552. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60710-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60710-7)

Работа поступила
в редакцию 14.08.2019 г.

Принята к публикации
19.08.2019 г.

Ссылка для цитирования:

Джамалбекова Э. Д., Джумабеков С. А. Результаты ранней диагностики и лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей в грудном возрасте // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №9. С. 68-72. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/06>

Cite as (APA):

Dzhamalbekova, E., & Dzhumabekov, S. (2019). Results of Early Diagnostics and Treatment of Hip Dysplasia in Children in Infancy. *Bulletin of Science and Practice*, 5(9), 68-72. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/06> (in Russian).