

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616-085;616-007.17;616-053.2

Абдулхаева Ш.Р., Мирзоева З.А., Назирова Н.К., Шодиева Ш.К., Шарипов И.Г.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Abdulhaeva Sh.R., Mirzoeva Z.A., Nazirova N.K., Shodieva Sh.K., Sharipov I.G.

EARLY DETECTION OF DYSPLASIA OF THE HIP JOINTS OF CHILDREN IN THE PRACTICE OF FAMILY DOCTORS

Department of Family Medicine of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Ранняя диагностика и проведение адекватных лечебных мероприятий при врожденной дисплазии тазобедренного сустава (ВДТБС) у новорожденных и детей первого года жизни путем проведения скрининговых приемов семейным врачом (СВ) на базе ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Материал и методы. За исследуемый период было осмотрено 156 новорожденных, из них мальчиков 75 (48%), девочек – 81 (52%), которым при первичных профилактических осмотрах СВ проводились скрининговые приемы на выявление ВДТБС. Методы исследования: клинические, статистические.

Результаты. Скрининг выявил наличие патологии у 38% новорожденных. У девочек патология ТБС определялась в 4 раза чаще, чем у мальчиков, т.е. девочки составили 80% (47), мальчики – 20% (12).

Одностороннее поражение встречалось в 2,3 раза чаще двустороннего, соответственно – 69% (41) и 31% (18). При этом поражение левого тазобедренного сустава определялось в 1,7 раза чаще, чем правого и соответственно составило 63% (26) и 37% (15). Комбинация положительных приемов выявлена у 83%, при этом чаще всего определялась комбинация ограничения разведения и асимметрии кожных складок. Исследуемые с выявленными положительными приёмами были проконсультированы ортопедом, после чего диагноз ВДТБС подтверждён у 87% детей. Это еще раз подтверждает достаточно высокую чувствительность и специфичность применения данных приёмов для ранней диагностики патологии тазобедренных суставов у детей первого года жизни в практике СВ.

Заключение. Таким образом, применение специальных скрининговых приемов позволило СВ при первичном патронаже новорожденных и динамическом их наблюдении выявить патологию тазобедренных суставов, которая была подтверждена после обследования ортопедом у 87% детей. Ранняя диагностика путем применения простых методов клинической диагностики, не требующих особых затрат, предопределяет эффективность своевременно начатого адекватного консервативного лечения и в дальнейшем предупреждение развития осложнений и инвалидизации.

Ключевые слова: скрининг, дисплазия тазобедренных суставов, ограничение отведения в тазобедренных суставах, прием Ортолани-Барлоу, асимметрия кожных складок, семейный врач

Aim. Early detection and implementation of adequate therapeutic measures CHD in newborns and children under one year through screening methods by family doctor on the basis of the City Health Center №1 of Dushanbe.

Materials and methods. During the monitoring period, 156 newborns were examined, of which 75 boys (48%) and girls – 81 (52%). During preventive examinations family doctor used screening methods to identify CHD. Methods: clinical, statistical – identification of congenital hip dysplasia in children.

Results. Screening established pathology in 38% of newborns. At girls pathology HD determined 4 times more often than at boys that is, girls accounted 80% (47), boys – 20% (12). Hemilesion encountered 2,3 times more often bilateral, accordingly 69% (41) and 31% (18). Thus the injury of the left hip joint was determined at 1.7 times more often than the right hip joint and accordingly was 63% (26) and 37% (15). The combination of positive methods detected in 83%, and usually limitations determined by a combination of breeding and asymmetry of skin folds. Test subjects with known positive techniques were consulted by an orthopedist, and then diagnosis of CHD has been confirmed in 87% of children. This again confirms relatively high sensitivity and specificity of application of these methods for early diagnosis of hip joint pathology in children in the first year of life in the practice of family doctor.

Conclusion. Thus, the use of special screening methods allowed family doctor in primary patronage of newborns and their dynamic observation to detect abnormalities of the hip joints, that has been confirmed after orthopedic examination in 87% of children. Early diagnosis through the application of simple methods of clinical diagnosis, which do not require extra costs, determines the effectiveness of timely initiated an adequate medical treatment and in the future prevention of complications and disability.

Key words: screening, hip dysplasia, limiting abduction in the hip joints, reception of Ortolani-Barlow, asymmetry of skin folds, family doctor

Актуальность

По данным литературы, врожденная дисплазия тазобедренного сустава (ВДТБС) встречается у 3-16 детей на 1000 новорожденных, причем в 5 раз чаще это бывает у девочек. По статистике, распространенность ВДТБС у новорожденных в среднем составляет в разных странах от 2 до 12%, тогда как по данным неофициальной статистики – 30%-60%. Последствия данной патологии у детей являются одной из причин инвалидизации взрослых, которая влияет на работоспособность и определяет качество жизни [2, 5].

Дисплазия – это недоразвитие тазобедренного сустава, в основе которого лежит неправильное расположение головки и шейки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине тазовой кости [1, 4, 5]. Причины возникновения данной патологии могут быть разные. Так, внешние факторы, такие, как тугое пеленание, использование тесной колыбели, тугое перевязывание ног в гаворе способствуют чрезмерно раннему разгибанию бедер и могут оказывать содействие увеличению частоты возникновения этого заболевания. Распространенность этих факторов, являющихся национальной особенностью, также определяет актуальность данной проблемы для Таджикистана.

От времени, когда поставлен диагноз и начато лечение, зависит исход болезни. Целью системы здравоохранения должно быть выявление ВДТБС как можно раньше, пока существует возможность путем репозиции откорректировать положение головки бедренной кости в вертлужной впадине. При этом эффективность консервативного лечения зависит от ранней постановки диагноза, желательно при первичном врачебном

осмотре новорожденного, как в родильных отделениях, так и при первичном патронаже на дому семейным врачом. Адекватное консервативное лечение наиболее эффективно в течение первых 3-х месяцев жизни. Своевременное лечение позволяет добиться правильного анатомического и функционального развития тазобедренных суставов у 80-97% детей, предотвращая дальнейшее развитие у взрослых дегенеративного артроза, который может быть следствием нелеченной или неадекватно леченной ВДТБС [2]. Многие исследования подтвердили, что раннее начало лечения обуславливает успешный исход: при постановке диагноза на 1-м месяце жизни излечение наступает в 100% случаев, на 3-м месяце – в 80%, если диагноз поставлен в 6 месяцев – то всего лишь в 50% [3].

Стандартом ранней диагностики дисплазии тазобедренного сустава является проведение и оценка следующих скрининговых приемов: ограничение отведения в тазобедренных суставах; симптом Маркса-Ортолани (симптом «соскальзывания», описан советским ортопедом В.О. Марксом в 1934 году и независимо от него итальянским педиатром Марино Ортолани в 1936 году, как симптом "щелчка"); симптом Барлоу; асимметрия складок на бедре и ягодичных складок сзади; укорочение нижней конечности; наружная ротация нижней конечности. Эти простые, надежные и информативные тесты с успехом применяются для диагностики нестабильности и врожденного вывиха тазобедренных суставов у детей первого года жизни. При этом, несомненно, требуется определенный практический навык выполнения этих тестов, а, главное, правильное трактование полученных результатов, сопоставление их с другими симптомами и результатами исследований.

Распространенность данной патологии и серьезные последствия позднего выявления определяют необходимость рутинного применения скрининговых приемов на выявление ВДТБС с охватом всех новорожденных, а также последующим их динамическим наблюдением семейным врачом по месту жительства [2, 4].

Значение диагностики дисплазии тазобедренных суставов в первые недели жизни ребенка огромно, но распознавание часто бывает затруднено тем, что некоторые медработники, которые обследуют детей в первые дни жизни, не имеют достаточного навыка и опыта для проведения и оценки перечисленных выше скрининговых приемов. При обследовании врач ставит себе цель путем осторожной пальпации бедер, их отведения, приведения, сгибания, разгибания попытаться выявить патологическую подвижность в тазобедренных суставах.

Материал и методы исследования

За исследуемый период было осмотрено 156 новорожденных, из них мальчиков 75 (48%), девочек – 81 (52%), которым при первичных профилактических осмотрах семейным врачом (СВ) проводились скрининговые приемы на выявление ВДТБС. На первом году жизни ребенок должен быть

профилактически осмотрен СВ 3 раза до 1 месяца на дому и в 1 месяц на приеме, затем ежемесячно до 1 года. При каждом осмотре обязательно проведение специальных приемов для выявления ВДТБС. Осмотр ребенка проводят в тихой и спокойной обстановке, в теплом помещении, после кормления, в состоянии максимального расслабления мышц. Осматриваются тазобедренные суставы. Визуально определяется положение, длина нижних конечностей и уровень коленей. При визуальной оценке ребенка, находящегося в положении лежа, наружная ротация конечности вследствие отсутствия ограничения движений головки бедренной кости, осуществляемого в норме вертлужной впадиной, является признаком поражения тазобедренных суставов. Она хорошо видна, когда ребенок спит, на этот симптом обращают внимание сами матери. Затем СВ, разгибая ноги ребенка в коленных и тазобедренных суставах, определяет симметричность паховых (в положении ребенка на спине) и подъягодичных и подколенных (в положении на животе) складок. Другие складки в норме могут быть асимметричны. При асимметрии складки на стороне поражения выше и глубже и в положении на животе более выражены, чем на спине (рис.



Рис.1. Асимметрия подъягодичных и подколенных складок

1). Симптом этот не абсолютный и один, без других данных, не может приниматься к сведению, так как наблюдается лишь у 2/3 больных и может встречаться у здоровых детей.

Ограничение разведения в тазобедренных суставах является одним из главных признаков, вызывающих подозрение на врожденную патологию тазобедренных суставов (впервые описан в 1909 г. Joachimstahl) (рис. 2).

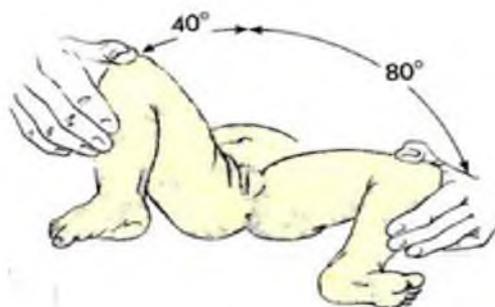


Рис.2. Ограничение отведения правого бедра

Этот симптом встречается и при спастическом парезе нижних конечностей (ДЦП), и при патологическом вывихе бедер, при этом, используя анамнестические данные, можно дифференцировать их от врожденной патологии. Физиологический гипертонус, появляющийся с 5-7 дня жизни и исчезающий к 3-4 месяцам, исключается путем выполнения рентгенографии. Несмотря на это, симптом ограничения разведения является единственным симптомом, характерным как для предвывиха, так и для подвывиха или вывиха. У новорожденного в норме абдукция в 90 градусов к концу первого месяца жизни уменьшается до 80; ограничение разведения в 50-60 градусов указывает на наличие предвывиха в тазобедренном суставе, а в 40-50 и меньше вызывает подозрение на вывих бедра. Если ограничение разведения отмечается с одной стороны, то вероятность наличия ортопедической патологии высока; если же с двух сторон, то, возможно, ребенок нуждается в консультации и лечении у невропатолога.

Симптом «щелчка», или симптом Маркса-Ортолани: сущность симптома заключается в том, что при разведении в тазобедренных суставах происходит вправление вывихнутой головки в сустав, которое сопровождается щелчком, ощущаемым рукой исследующего. Для выявления этого симптома у новорожденного сгибают ноги в тазобедренном и коленном суставах, при этом I пальцы рук врача должны быть расположены на внутренних, а все остальные пальцы – на наружных поверхностях бедер с возможным захватом непосредственно области сустава. Очень осторожно, избегая насильственных движений, врач отводит бедра равномерно в обе стороны (рис. 3).

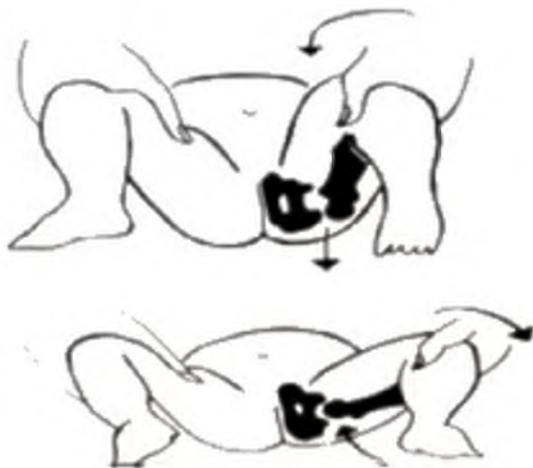


Рис.3. Прием Маркса-Ортолани

Суть приема Барлоу заключается в том, что при приведении ножек происходит вы-

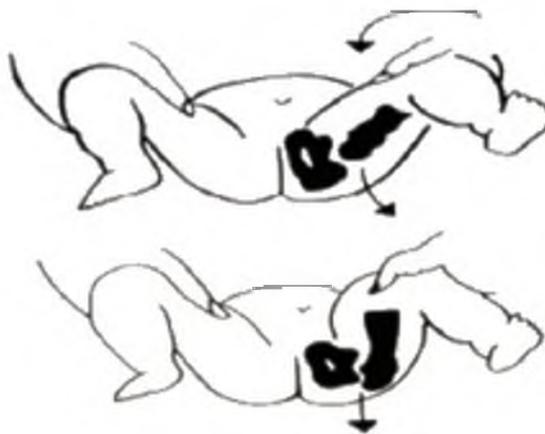


Рис. 4. Прием Барлоу

Результаты и их обсуждение

Из осмотренных 156 новорожденных у 59 (38%) были выявлены положительные скрининговые приемы. Среди них девочки составили 80% (47), мальчики – 20% (12), т.е. у девочек патология ТБС определялась в 4 раза чаще, чем у мальчиков.

Одностороннее поражение встречалось в 2,3 раза чаще двустороннего, соответственно 69% (41) и 31% (18). При этом поражение левого тазобедренного сустава определялось в 1,7 раза чаще, чем правого и соответственно составило 63% (26) и 37% (15). Среди выявленных положительных скрининговых приемов только ограничение разведения ТБС определялось у 71%, относительное укорочение нижней конечности – у 13%, вынужденная наружная ротация нижней конечности – у 12%, асимметрия основных кожных складок – у 27%, положительный прием Ортолани-Барлоу – у 10%. Комбинация положительных приемов выявлена у 83%, при этом чаще всего определялась комбинация ограничения разведения и асимметрии кожных складок. Исследуемые с выявленными положительными приемами были проконсультированы ортопедом, после чего диагноз ВДТБС подтвержден у 87% детей. Это еще раз подтверждает достаточно высокую чувствительность и специфичность применения данных приемов для ранней диагностики патологии тазобедренных суставов у детей первого года жизни в практике СВ.

Заключение

Таким образом, применение специальных скрининговых приемов позволяет СВ при первичном патронаже новорожденных и динамическом их наблюдении выявить патологию тазобедренных суставов, которая была подтверждена после обследования ортопеда у 87% детей с положительными симптомами. Ранняя диагностика путем своевременного

(с первых дней жизни ребенка) применения простых методов клинической диагностики, не требующих особых затрат, но специфично выявляющих ВДТБС в раннем возрасте, предопределяет эффективность своевременно начатого адекватного консервативного лечения и в дальнейшем – предупреждение развития осложнений и инвалидизации [2, 3].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Берглезов М.А., Угнивенко В.И. Заболевания тазобедренного сустава в амбулаторных условиях. //5 научно-практическая конференция: «Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем». Москва, 2001. С.21

2. Вовченко А.Я., Копейкин И.И., Полищук Т.А. К вопросу о ранней диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей // Здоровье Украины. 2007. № 3. С. 16-18

3. Малахов О.А., Кожевников О.В., Грибова И.В., Кралина С.Э. Наш опыт лечения врожденного вывиха бедра у детей разного возраста // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. №4. С. 26-31.

4. Малахов О.А., Кралина С.Э. Врожденный вывих бедра: клиническая картина, диагностика, консервативное лечение. М.: Медицина, 2006. 128 с.

REFERENCES

1. Berglezov M. A., Ugnivenko V. I. [Disease of the hip in an outpatient setting]. 5 nauchno-prakticheskaya konferentsiya: "Aktualnye voprosy meditsinskoy rehabilitatsii bolnykh s patologiyey oporno-dvigatelnoy i nervnoy system" [5 scientific and practical conference "Actual problems of medical rehabilitation of patients with disorders of the musculoskeletal and nervous systems"]. Moscow, 2001, pp. 21. (In Russ.)

2. Vovchenko A. Ya., Kopeykin I. I., Polishchuk T. A. K voprosu o ranney diagnostike i lechenii naibolee rasprostranennykh zabolevaniy oporno-dvigatel'nogo apparata u detey [On the question of early diagnosis and treatment of the most common diseases of the musculoskeletal system at children]. *Zdorove Ukrainy – Health of Ukraine*, 2007, No. 3, pp. 16-18.

3. Malakhov O. A., Kozhevnikov O. V., Gribova I. V., Kralina S. E. Nash opyt lecheniya vrozhden'nogo vyvikh bedra u detey raznogo vozrasta [Our experience in the treatment of congenital dislocation of the hip in children of different ages]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova – Bulletin of Traumatology and Orthopedics named after N. N. Priorov*, 2000, No. 4, pp. 26-31.

4. Malakhov O. A., Kralina S. E. *Vrozhden'nyy vyvikh bedra: klinicheskaya kartina, diagnostika, konservativnoe lechenie* [A congenital dislocation of the hip: clinical picture, diagnosis, conservative treatment]. Moscow, Meditsina Publ., 2006. 128 p.

5. Stephen K. Storer, M. D., David L. Skaggs, M. D. Developmental Dysplasia of the Hip. *American Family Physician*. October 15, 2006, No 8, Vol.74, pp. 1310-1316.

Сведения об авторах:

Абдулхаева Шамсия Ракибавна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Мирзоева Зухра Амондуллоевна – заведующая кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор
Назирова Насиба Кимовна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Шадыева Шарофат Курбоновна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Шарипов Иссуфджон Гулович – зав. 6-м отделением семейной медицины ГЦЗ №10

Контактная информация:

Абдулхаева Шамсия Ракибавна – e-mail: abdulhaeva1970@mail.ru; тел.: +992 919005936