

УДК: 617-089.844/616-001

ОСНОВНІ ВРОДЖЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ
У НОВОНАРОДЖЕНИХ І НЕМОВЛЯТ

В.В. Горелік, О.М. Горбатюк

Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
(м. Київ, Україна)**Ключові слова:** опорно-рухова система, новонароджені, немовлята, вроджена патологія кульшового суглобу, вроджена кривошия, вроджена клишоногість.**Резюме.** Метою роботи було проведення аналізу захворюваності опорно-рухової системи у новонароджених і немовлят у 2010–2013 роках за даними власних досліджень. Найважливішу роль у своєчасному виявленні даної патології має рівень знань її клінічних особливостей. Встановлено, що найбільш розповсюдженою ортопедичною патологією у новонароджених і немовлят є така вроджена патологія як дисплазія кульшових суглобів (50,94%), кривошия (27,83%) та клишоногість (15,57%).**Вступ**

Вроджені захворювання опорно-рухової системи представляють практичний інтерес не лише для лікаря – неонатолога, педіатра, дитячого хірурга чи ортопеда, а також для терапевтів, які мають відношення до виявлення і лікування наслідків вроджених захворювань у підлітковому, юнацькому і дорослому віці.

Серед захворювань дитячого віку все більшу увагу привертають різні патологічні стани, пов'язані з вродженими вадами розвитку окремих органів або систем організму. Численні обстеження новонароджених дітей показують, що вроджені аномалії (вади) розвитку зустрічаються з частотою від 0,3% до 12–13% (3,4).

За даними М.В.Волкова є більше 1500 тільки спадкових захворювань, причому, половина з них – це вроджені захворювання кістково-суглобової і нервово-м'язової систем [1]. Серед етіологічних чинників вроджених захворювань прийнято виділяти три основні групи: екзогенні, ендогенні і генетичні.

При цьому слід пам'ятати, що генетичні чинники можуть бути наслідком зовнішніх дій або носити спадковий характер (спадкоємство за рецесивним і домінантним типом). Вроджені захворювання опорно-рухової системи у дітей складають близько 50% усієї патології опорно-рухової системи дитячого віку [2,5].

Серед вроджених захворювань опорно-рухової системи у новонароджених і немовлят домінують: дисплазія кульшового суглобу і вроджений вивих стегна (від 30% до 70% усіх дітей, що перебувають на обліку з патологією опорно-рухової системи), кривошия (10–30%) і клишоногість (1,3–34,4%).

Мета дослідження – на основі власного клінічного досвіду визначити основні діагностичні критерії і лікувальну тактику при вроджених вадах розвитку опорно-рухової системи у новонароджених і немовлят для покращення надання медичної допомоги дітям з вищевказаною патологією та профілактики можливих ускладнень.

Матеріал і методи дослідження

Клінічний матеріал представлений результатами спостереження 427 новонароджених і немовлят з патологією опорно-рухової системи, які були оглянуті в Консультативній поліклініці та відділенні патології новонароджених Київської міської дитячої клінічної лікарні №1 у 2010–2013 роках. З них 212 (49,65%) дітей мали вроджену патологію: 108 (50,94%) – дисплазію кульшових суглобів, 12 (5,66%) – вроджений вивих стегна, 59 (27,83%) – кривошию, 33 (15,57%) – клишоногість.

Методами дослідження, що використовувались при обстеженні цих пацієнтів, були: збір анамнестичних даних, включаючи акушерський анамнез та наявність супутньої патології, клінічний огляд та фізикальне обстеження дітей, УЗД кульшових суглобів, УЗД грудино-ключично-сосцевидного м'язу, рентгенологічне дослідження кульшових суглобів.

Результати та їх обговорення
Дисплазія кульшового суглоба, вроджений вивих (підвивих) стегна.

Вроджений вивих стегна був виявлений у 12 з 212 новонароджених, що склало 5,66%. Складніше було визначити частоту дисплазії кульшового суглобу, бо це пов'язано з рівнем організації первинного виявлення патології опорно-рухової системи. Цю патологію слід розглядати як один з проявів неправильного формування кульшового суглоба, яке виникає на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плода.

Анатомічні й функціональні зміни в суглобі при усіх формах вродженої патології з віком прогресують. Тому ефективним є лікування, розпочате в перші дні або тижні життя дитини. Проте, раннє лікування можливо лише за умови ранньої діагностики, а рання діагностика можлива при правильній організації огляду новонароджених в пологових будинках, відділеннях патології новонароджених та в консультативних поліклініках.

Слід зазначити, що особливу увагу лікаря повинні привертати діти, що народилися в сидничному передлежанні. У цій групі пацієнтів дисплазія кульшового суглобу зустрічається значно частіше.

З усіх відомих симптомів патології кульшових суглобів у дітей, які знаходились під нашим спостереженням, частіше відмічалися:

- асиметрія шкірних (аддукторних, сидничних) складок (98,6%);
- обмеження відведення ніжок (58%);
- укорочення однієї з кінцівок (4,6%);
- зовнішня ротація нижньої кінцівки (46%);
- гіпермобільність у кульшових суглобах (39%).

Ці симптоми були характерними для дисплазії кульшових суглобів, підвиху і виху стегна у всіх досліджуваних нами дітей.

За нашими спостереженнями достовірними симптомами, які вказують на те, що у новонародженого є підвих або вих в кульшовому суглобі являються :

- симптом Маркса-Ортолані (зісковзування або «кляцання»): цей симптом перевіряється при відведенні й приведенні ніг, зігнутих у колінних і кульшових суглобах. При наявному позитивному симптомі Маркса-Ортолані при відведенні ніжок голівка стегна вправляється у вертлужну впадину, при приведенні – вивихується з неї. І в першому і в другому випадку відчувалось «кляцання» у 10(83,33%) з 12 пацієнтів з вродженим вивихом стегна;

- симптом Дююїтрена (симптом «поршня»): перевіряється шляхом тяги нижньої кінцівки по осі однієї рукою, при цьому іншою рукою лікар фіксує таз малюка. Якщо є рухливість, то симптом вважається позитивним. Серед досліджуваної групи дітей цей симптом був позитивним у 71,4% випадків.

Додатковим методом обстеження є ультразвукове дослідження кульшових суглобів.

Рентгенографію ми застосовували лише з 3-х місячного віку. Ранніми рентгенівськими ознаками дисплазії кульшового суглобу і вродженого виху стегна є триада Путі – недорозвинення або аплазія ядра окостеніння голівки стегна, скошеність даху вертлужної впадини, високе стояння і латеропозиція проксимального кінця стегнової кістки. Оцінка рентгенограми тримісячної дитини складна і вимагає значних навичок. У цьому відношенні певна допомога забезпечується використанням спеціальних схем на рентгенограмі (наприклад, схема Хильгенрайнера).

Ефективність лікування дисплазії і вродженого виху стегна багато в чому визначається віком пацієнта. Чим раніше розпочато лікування, тим кращим є прогноз. Новонародженим призначали: ЛФК, широке сповивання, спеціальні конверти для новонародженого з клином, стремена Павлика, подушку Фрейка, профілактичні штаниці. Дітям з 3-х місяців також призначали функціональне лікування, проте використовували

жорсткішу фіксацію ніг відвідними апаратами за типом Гневковського, а також ЛФК, масаж, фізіотерапевтичне лікування.

У більш старшому віці (від 9 місяців і старше), як правило, доводилося мати справу з контрактурами, ригідністю м'язів і розраховувати на центрацію голівки у вертлужній впадині простим відведенням ніжок було неможливо. У цьому віці ми застосовували попереднє витягання за спеціальними методиками з подальшим вправленням стегна і фіксацією його у відведеному положенні з внутрішньою ротацією у гіпсовій пов'язці. Проте, при цьому методі можливе ускладнення – асептичний некроз голівки стегна, тому відноситься до нього треба з великою обережністю. На щастя, в нас таких ускладнень не було. Терміни лікування в цьому віці різні і коливаються в межах від 4 до 6–7 місяців.

У дітей старше за півтора роки прибігали до відкритого вправлення вродженого виху стегна, яке часто доводилося поєднувати з деротаційно-варизуючими остеотоміями стегна, а також з остеотомією тазу (2 випадки). Ці операції травматичні для хворого і не завжди досягають очікуваного ефекту. Ось чому так важливо раннє виявлення патології кульшового суглобу і своєчасне лікування.

Вроджена м'язова кривошия

Вроджена м'язова кривошия є однією з найбільш поширених аномалій опорно-рухової системи. У наших спостереженнях вона складала 27,83%. Існує три основні теорії: травматична, запальна і диспластична. При м'язовій (істинній) кривошії має місце деформація й укорочення *m. sternokleidomastoideus*, що призводить до нахилу голови у бік зміненого м'язу і повороту - в протилежну сторону. При тривало існуючій, неліквованій патології окрім асиметрії черепа, виникає вторинна деформація тулуба, асиметрія надпліч і сколіотична статура, яка може стати початком сколіотичної хвороби.

Діагностика не складна. Кривошия, як правило, виявляється при огляді і пальпації шиї новонародженого. Додатковим методом дослідження є ультразвукове порівняльне дослідження м'язів.

Лікування: на ранніх етапах – ЛФК, фіксуючі пов'язки, ортопедичні подушки, режимні заходи і різні фізіотерапевтичні методи.

При пізньому виявленні, а також при неефективності лікування до 1,5 років, проводиться оперативне лікування. Нами проводиться операція Т.С. Зацепина з резекцією стернальної і ключичної ніжок грудинноключично-сосцевидного м'язу і розтинном фасцій шиї.

Вроджена клишоногість

Вроджена клишоногість мала місце у 15,57% досліджуваних нами дітей, спостерігалась частіше у хлопчиків, причому вона буває двосторонньою приблизно у 40% хворих. Консервативні

методи лікування вродженої клишоногості були розроблені В.О.Орловим (1874) і Н.Ф.Гагманом (1878).

Рання діагностика не складна. Слід орієнтуватися на наступні симптоми:

- згинальна контрактура (еквінус) стопи;
- приведення переднього відділу (аддукція) стопи;

- варус (супінація) п'яти;

Лікування включало наступні терапевтичні заходи: перші два тижні – ЛФК і бинтування стопи по Финку-Эттингену, після цього – етапні гіпсові пов'язки з послідовним усуненням перелічених вище деформацій стопи зі зміною гіпсових пов'язок через кожні два тижні. Успіх при своєчасному ранньому лікуванні сягає майже 89%.

При неефективності консервативного лікування (у 4 новонароджених) ми застосовували операції на капсульно-зв'язковому апараті (операції капсуло-фасцио-лигаментотомії за Зацепиним - Штурмом). На кістках стопи операції проводяться при пізньому виявленні патології і, як правило, після

14 років здійснюється серповидна резекція стопи за Кусликом, трьохсуглобовий артродез та інші.

Висновки

1. Серед вроджених захворювань опорно-рухової системи найчастіше зустрічаються: дисплазія кульшових суглобів, кривошия і клишоногість. За нашими спостереженнями вони складають 50,94%, 27,83%, 15,57% відповідно серед загального контингенту пацієнтів з патологією опорно-рухової системи.

2. Виявлення вродженої патології опорно-рухового апарату в пологовому будинку лікарем-неонатологом дозволяє відразу передати дитину під спостереження лікаря-ортопеда, ще до планового огляду дітей вузькими спеціалістами (як правило у віці 1 місяця).

3. Ранній початок лікування дітей з вродженою патологією опорно-рухової системи приводить до одужання дитини в коротші терміни, із застосуванням тільки консервативних методів лікування і сприяє уникненню складних оперативних втручань.

Література

1. Волков М.В. Ортопедия и травматология детского возраста / М.В. Волков, Г.М. Тер-Егизаров. – М.: Медицина, 1983. – С. 159–176.

2. Волошин С.Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста: автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 25 с.

3. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия / Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. – М., 2006. – 398 с.

4. Lequesne M. The false profile view of the hip: role, interest, economic considerations / M. Lequesne // J. Bone Joint Spine. – 2002. – Vol. 69, № 2. – P. 109–113.

5. Yoshitaka T. Long-term follow-up of congenital subluxation of the hip / T. Yoshitaka, S. Mitani, K. Aori // J. Pediatr.Orthop. – 2001. – Vol. 21, № 4. – P. 474–480.

ОСНОВНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В.В. Горелик, О.М. Горбатюк

Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л. Шупика
(г. Киев, Украина)

Резюме. Целью работы было проведение анализа заболеваемости опорно-двигательной системы у новорожденных и детей грудного возраста в 2010–2013 годах по данным собственных наблюдений. Важнейшую роль в своевременном выявлении данной патологии играет уровень знаний ее клинических особенностей. Установлено, что наиболее распространенной ортопедической патологией у новорожденных и детей грудного возраста является такая врожденная патология, как дисплазия тазобедренных суставов (50,94%), кривошея (27,83%) и косолапость (15,57%).

Ключевые слова: опорно-двигательная система, новорожденные дети, дети грудного возраста, врожденная патология тазобедренного сустава, врожденная кривошея, врожденная косолапость.

THE MAIN CONGENITAL PATHOLOGY OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM IN NEWBORNS AND IN INFANTS

V.V. Gorelik, O.M. Gorbatyuk

National Medical Academy
of Postgraduate Education
named after P.L. Shupyk
(Kiev, Ukraine)

Summary. The purpose of this study is the analysis of the morbidity of the musculoskeletal system in newborns and infants during 2010-2013 based on own research data. The most important role in detection of this pathology timely plays the level of knowledge of its clinical peculiarities. It was ascertained that the most widespread orthopedic pathologies in newborns and in infants are such congenital pathology as dysplasia of the hip joint (50,94%), torticollis (27,83%) and clubfoot (15,57%).

Keywords: musculoskeletal system, newborns, infants, congenital pathology of the hip joint, congenital torticollis, congenital clubfoot.