

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ КАЛЬЦІУ ТА ВІТАМІНУ D ПРИ ОРТОПЕДИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Кінча-Поліщук Т.А.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМНУ», Київ

Профілактика та лікування порушень кальцій-фосфорного обміну й структурно-функціональних змін кісткової системи є одним з важливих моментів у комплексному лікуванні дітей із вродженою патологією опорно-рухового апарату [1]. Вроджена дисплазія (ВД) кульшового суглоба (КС) і вроджений вивих стегна (ВВСт) – найбільш розповсюджений вид деформації опорно-рухового апарату в дітей – 38-40 випадків на 1000 новонароджених дітей [2]. В основі лікування ВДКС та ВВСт лежить фіксація стегон дитини в положенні відведення в різноманітних відвідних пристроях, в залежності від віку (профілактичні штанці, стремена Павлика, відвідний апарат тощо). Лікування у відвідному пристрої завершується тільки після досягнення нормальних за віком показників розвитку КС. Прискорення формування кульшового суглоба є першочерговим завданням дитячого ортопеда при лікуванні вродженої дисплазії та вродженого вивиху стегна. Відомо, що результати та тривалість лікування знаходяться в прямій залежності від терміну початку лікування (чим раніше воно розпочато, тим вища ефективність) від ступеня порушень співвідношень у КС (дисплазія, підвивих чи вивих), а також від цілого ряду обтяжуючих факторів, неабияке місце серед яких посідають порушення обміну Са та вітаміну D, дисбактеріоз кишківника, рахіт, штучне вигодовування, тощо [3, 4, 5].

Лікування дітей першого року життя проводиться під контролем ультразвукового дослідження стану КС, а після досягнення 8-10 міс – під рентгенологічним контролем. При цьому оцінюються співвідношення в КС, кут нахилу даху кульшової западини (кістковий та хрящовий дах – при УЗД), розміри та форма ядра скостеніння

голівки стегнової кістки. У дітей у віці від 3 міс до 3 років нерідко спостерігається гіповітаміноз D, крім того, особливості лікування дітей з порушеннями формування КС (перебування в стаціонарі, обмеження рухомості) сприяють порушенню обміну речовин. Тому в комплексному лікуванні хворих ВДКС та ВВСт неабияке місце посідають препарати вітаміну D та Са.

Під нашим спостереженням протягом останнього року знаходилось 48 хворих з порушеннями формування КС у віці від 3 міс. до 3-х років, що лікувались консервативно із застосуванням відвідних пристроїв. Серед них дисплазію КС діагностовано в 19 пацієнтів, вроджений підвивих стегна – в 17 та ВВСт III-IV ст. у 12 випадках. В усіх пацієнтів патологію КС було діагностовано у віці 3-4 міс. при огляді в ІТО АМНУ й зразу після встановлення діагнозу розпочато лікування відвідними пристроями – до 6-7 міс. у стременах Павлика, в подальшому лікування продовжували у відвідному апараті «Ортотех-сервіс». Всі діти одержували вітамін D, але в 31 випадку вітамін D із 6-ти місячного віку застосовувався в комбінації з Са у вигляді сиропу Са-D. У групі з дисплазією КС сироп Са-D діставали 13 дітей, при вродженому підвивиху стегна – 10, а при ВВСт III-IV ст. – 9 пацієнтів. Сироп Са-D обов'язково призначався у випадках обтяжучої спадковості дітям, що народилися передчасно, та тим пацієнтам, які мали в анамнезі дисбактеріоз кишківника, або процес лікування перебігав повільно. Призначення сиропу Са-D в усіх досліджених хворих призводило до прискорення формування КС. Так у випадках, коли при УЗД кульшових суглобів спостерігалось сповільнене формування ядер соkostenіння голівки стегнової кістки (14 випадків), призначення Са-D призвело до по-

зитивних змін (візуалізація ядер скостеніння або нормалізація їх розмірів) у 13 хворих уже при наступному огляді через 1-1,5 міс, тоді як у дітей, що діставали тільки вітамін D (10 пацієнтів), позитивна динаміка спостерігалась тільки в 4-х випадках, але була менш вираженою.

В більш старшому віці при рентгенологічному обстеженні динаміка формування ядер скостеніння голівок стегнових кісток у хворих, що діставали сироп Са-D, значно випереджала таку в дітей з аналогічним вихідним станом кульшових суглобів, яким сироп Са-D не призначався.

Препарати Са та вітаміну D застосовуються в дитячій ортопедичній практиці не тільки при вродженій патології кульшових суглобів, а й при набутій, зокрема при наслідках пупкового сепсису з розвитком гострого гематогенного остеомієліту стегнової кістки, гнійного кокситу, внаслідок яких відбувається порушення формування суглобів з виникненням патологічного вивиху стегна. Лікування в таких випадках спрямоване не тільки на усунення запалення, а й на відновлення форми та структури ураженого проксимального відділу стегна. Такі хворі, як і при вроджених порушеннях формування кульшового суглоба, потребують фіксації у відповідних пристроях. Препарати Са та вітаміну D у таких ви-

падках прискорюють процес. При призначенні сиропу Са-D під час консервативного лікування наслідків гнійних уражень кульшових суглобів на період фіксації у відповідному апараті ми отримували позитивний результат у вигляді відновлення співвідношень та форми суглобових кінців.

Таким чином, застосування сиропу Са-D у дітей до 3-х років з патологією кульшового суглоба прискорює процес лікування, що дозволяє швидше нормалізувати стан суглобів, звільнити дитину від відповідних пристроїв та дозволити повноцінне навантаження нижніх кінцівок.

Література

1. Крисъ-Пугач А.П., Кинчая-Полищук Т.А. Остеопенический синдром и остеопороз у детей и подростков. // Ортопед., травмат., протезир. – 2000. – №2. – С.35-39.
2. Куценок Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный вывих и подвывих бедра. / К.: Здоровья, 1992. – 184 с.
3. Гайко Г.В., Калашников Ан.В., Бруско А.Т. и др. Витамин D и костная система. / К.: Книга плюс, 2008. – 176 с.
4. Поворознюк В.В., Віленський А.Б., Григор'єва Н.В. Остеопенічний синдром у дітей та підлітків: фактори ризику, діагностика, профілактика. / Київ. – 2002. – 28 с.
5. Дамбахер М.А., Шахт Е. Остеопороз и активные метаболиты витамина D. / Пер. с нем. – EULAR Publishers, Basle, Switzerland. – 1996. – 123 с.