ПАТОЛОГІЯ ХРЕБТА ЯК ПРИЧИНА ІНВАЛІДНОСТІ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Шевченко О.Г., Корольков О.І., Беренов К.В., Кикош Г.В.

ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка НАМН", Харків

Вступ. Вертеброгенні та вертебральні синдроми, які виникли в ранньому віці, особливо несприятливі, вони позначаються на подальшому житті. У більшості випадків вертеброгенна патологія в дорослих є наслідком різних патологічних станів хребта в дитинстві [1, 2, 3]. За даними літератури хворі з ортопедичною патологією складають 17,1% від загальної кількості дітей-інвалідів [4]. поширеність вертебральних деформацій серед дитячого населення наступна: структуральні сколіотичні деформації виявляються у 8% дітей, функціональні сколіози й порушення постави – в 53,5% [1, 5]. Ряд досліджень, що проводились у останні кілька років, виявлено тенденції до поширення дегенеративних захворювань хребта в підлітків [5, 6].

Спостереження за дітьми з ушкодженнями хребта у віддалені строки показали наявність численних негативних наслідків. Зменшена висота тіл хребців і міжхребцевих дисків з явищами остеохондрозу також обумовлюють надмірні кіфотичні деформації та бічні скривлення. Дослідники вважають, що однією із причин розвитку кіфозу в дитячому віці також можуть бути численні мікротравми, недіагностовані компресійні переломи тіл грудних хребців. Зміни замикальних пластин у 8–10–річних дітей, за думкою вчених, є проявом дистрофічного процесу в тілах хребців і міжхребцевих дисків травматичного походження [6, 7].

Зважаючи на вищевикладене, питання ранньої діагностики зазначеної патології, своєчасного лікування й контролю за його ефективністю стають дедалі актуальнішими.

Матеріал і методи. За спеціально розробленою формою одержано та проаналізовано дані про наслідки травм і захворювань хребта серед дітей із 8 регіонів України. Проведено комплексне обстеження 188 дітей з патологією хребта: оцінювались показники деформації постави, рухливості хребта, викривлення хребта, функції м'язів кінцівок і спини, функції легень та серця, характер неврологічних порушень. З метою вивчення особливостей біоелектричної активності м'язів нижніх кінцівок у 10 пацієнтів зі сколіозом застосовано методику електроміографії.

Обговорення результатів. У структурі дитячої інвалідності внаслідок травм і захворювань кістково-м'язової системи патологія хребта складає в середньому 19,46±1,76%. З віком кількість дітей, визнаних інвалідами внаслідок патології хребта, зростає. Серед дітей-інвалідів з патологією хребта частка хворих у віці до 3–х років складає 2,77±0,02%, у віці від 3 до 7 років 7,30±0,02%,

у віці від 7 до 12 років – 24,18±0,06%, у віці від 12 до 15 років 33,25±0,06%, у віці від 15 до 18 років – 32,50±0,06%. Найбільшу частину серед дітей-інвалідів (77,83±0,06%) складають хворі з дорсопатіями (набутими деформаціями та захворюваннями хребта), 19,90±0,06% становлять хворі із вродженими деформаціями та вадами розвитку хребта, 2,27±0,02% хворі з наслідками переломів хребта. У переважній більшості випадків до значного обмеження життєдіяльності та інвалідизації дітей усіх вікових груп призводить сколіотична хвороба, вроджені деформації й вади розвитку хребта. Наразі серед дітей віком із 12 до 18 років, на відміну від інших вікових груп, разом з іншими захворюваннями хребта до інвалідності призводять також юнацький остеохондроз хребта та інші види дорсопатій, такі як ураження міжхребцевих дисків і спондилопатії при системних захворюваннях.

За результатами комплексного обстеження 188 дітей з патологією хребта виявлено, що найбільш виражені функціональні порушення спостерігаються серед дітей з наслідками переломів хребта та дорсопатіями, а саме: виражений больовий синдром виявлено в 22,08% пацієнтів, зниження сили м'язів кінцівок – у 12,99% пацієнтів, зниження сили м'язів спини – в 15,58% пацієнтів, патологічні рефлекси – в 0,09% пацієнтів, порушення чутливості – в 2,60% пацієнтів, порушення функції тазових органів – у 7,79% пацієнтів, зниження ЖЄЛ – у 12,99% пацієнтів, зміни ЕКГ – у 5,19% пацієнтів, обмеження рухів у хребті у фронтальній площині від 10 до 15° – у 25,97% пацієнтів, від 15 до 30° – у 9,09% пацієнтів, обмеження рухів у хребті в сагітальній площині від 10 до 15° – у 31,16% пацієнтів, від 15 до 30° – у 12,99% пацієнтів, обмеження ротаційних рухів у хребті від 10 до 15° – у 22,08% пацієнтів, від 15 до 30° – у 22,73% пацієнтів.

При дослідженні біоелектричної активності м'язів нижніх кінцівок у дітей зі сколіозом виявлено, що середні значення амплітуди біопотенціалів (БП) м'язів нижніх кінцівок не виходять за межі відповідних показників вікової норми, але значення середньої частоти БП було нижчим за показники вікової норми. Наразі діти щодо здоров'я нижніх кінцівок скарг не висували. Тож означені зміни в структурі ЕМГ важко інтерпретувати як денерваційні. Можна говорити про певну обмеженість функціональних можливостей обстежених м'язів.

Висновки. Стійкі, різного рівня вираженості функціональні порушення, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, призводять до обмеження життєдіяльності дитини, що проявляється в неможливості виконувати повсякденну діяльність способом та в обсязі, звичайних для здорової дитини у відповідному віці. Першочерговим фактором при захворюваннях хребта, який призводить до порушення функції опорно-рухової системи, є больовий синдром. Прогресування захворювання супроводжується появою ряду патологічних неврологічних синдромів – рефлекторних (м'язово-тонічних, вегетосудинних, нейродистрофічних) і компресійних (корінцевих, спинальних, нейросудинних), які збільшують ступінь функціональних порушень з боку опорно-рухової системи й тим самим призводять до значного обмеження життєдіяльності хворої дитини.

Література

1. *Бартшин И.Т.* Вертебральная деформация у детей и организация диспансерной помощи // Травматология и ортопедия России. – 2011. – №4 (62). – С. 118–122.
2. *Ахмадов Т.З., Ахмадов М.П.* Биомеханика позвоночника и клинические проявления при вертеброгенной дорсопатии поясничной локализации у подростков и юношей // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов. – Т. III. – Саратов: "Типография ТИСАР", 2010. – С. 851–852.
3. *Іпатов А.В., Сергієні О.В., Вовчак Т.Г.* Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України / Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 341 с.
4. *Соловьева К.С., Битюков К.А.* Проблема детской инвалидности в связи с ортопедической патологией и задачи ортопеда при проведении медицинской реабилитации // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2003. – №4. – С. 18–22.
5. *Максимов Ю.Н., Хайбуллина Д.Х.* Проблема выявляемости вертеброгенной патологии в детском и подростковом возрасте // Вертеброневрология. – 1998. – Т.5, №1. – С. 42–44.
6. *Ахмадов Т.З., Ахмадов М.П.* Биомеханика позвоночника и клинические проявления при вертеброгенной дорсопатии поясничной локализации у подростков и юношей // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов. – Т. III. – Саратов: "Типография ТИСАР", 2010. – С. 851–852.
7. *Сакович А.В., Агеев В.В., Петросян А.А. и др.* Компрессионные переломы тел позвонков у детей // Електронний ресурс доступ: and3751.narod.ru/doc0025.doc.