

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, УЧИТЫВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный Центр травматологии и ортопедии, МЗ Республики Армения, Ереван

В статье представлены результаты ультразвукового скрининга 3296 новорожденных, во время которого выявлено: I тип по Графу у 61% новорожденных, II тип у 32% (II-а тип 28% а II-с, d тип 4%), III тип у 6%, IV тип 1%. Проведен анализ историй болезни 71 больных в возрасте от 1 до 2,5 лет, поступивших в клинику после начала ходьбы. УЗ метод достаточно чувствителен и информативен для использования его в роддомах для скрининга. Подход к III и IV типу по Графу должен соответствовать подходу к врожденному подвывиху и вывиху бедра, а ко II типу, как к врожденной дисплазии тазобедренного сустава. В идеале, несмотря на разные скрининговые программы, все дети в возрасте 6 месяцев должны быть обследованы детским ортопедом.

***Ключевые слова:** врожденный вывих бедра, скрининг, гипердиагностика у новорожденных, тугое пеленание, функциональное консервативное лечение.*

А.А. Айвазян

APPROACHES TO TREATMENT OF HIP JOINT DYSPLASIA CONSIDERING THE LIKELYHOOD OF HYPERDIAGNOSIS AMONG NEWBORNS

The article deals with the results of ultrasound screening of 3296 newborns, during which I type according to Graf diagnosed among 61% newborns, I type among 32% (II-a type 28% and II-c, d type 4%), III type u 6%, IV type 1%. Analysis of the history of the disease was conducted among 71 patients aged 1 to 2,5 years who were admitted to the clinic before the start of walking. Ultrasound method is considerably sensitive and informative for applying it in maternities for screening purposes. According to Graf approach to the IIIrd and IVth type should correspond to the approach of subluxation and dislocation of the hip, and to the IInd type like to congenital hip joint dysplasia. In ideal situation despite different screening programmes all children aged 6 months should undergo examination by a pediatric orthopedist.

***Key words:** congenital hip dislocation, screening, overdiagnosis in newborns, functional conservative treatment.*

В современной литературе достаточно широко освещены вопросы ранней диагностики и раннего функционального лечения детей с врожденным подвывихом и вывихом бедра, начиная с первых дней жизни. Существует два основных метода выявления ВВБ у новорожденных: клинический и ультразвуковой (УЗ) скрининг. Чувствительность клинического скрининга резко зависит от опытности специалиста. По данным разных авторов пропускаются от 0,5 до 60% вывихов, а гипердиагностика наблюдается у более чем половины обследуемых. При УЗ скрининге диагностируются 88,5% ВВБ, а так называемая группа гипердиагностики составляла 55-80% незрелых суставов (II а тип по Графу), у которых при повторном осмотре в возрасте 3 месяцев у 68-78% происходит самоизлечение [1,4,6,7,9].

Несмотря на достигнутые в этой области успехи, по данным разных авторов, от 0,11% до 26% вывихов остаются неизлеченными ко второму полугодю жизни (дети уже умеющие стоять и ходить), а 10-14% больных поступает на оперативное вмешательство вследствие безуспешности консервативного лечения и случаев позднего распознавания заболевания. Нестабильность тазобедренного сустава диспластического генеза имеет тенденцию к прогрессированию и является одной из главных причин развития деформирующего кок-

сартроза уже в подростковом возрасте, с последующей инвалидизацией, что обуславливает актуальность раннего выявления заболевания и лечения таких больных [2,3,5,8].

Цель работы: на основании анализа результатов диагностики и лечения новорожденных с ВВБ выявить оптимальный подход и необходимость в лечении соответственно классификации Графа.

Материал и методы

Материалом для исследования явились результаты наблюдения над двумя группами больных. В 1 группу вошли результаты ультразвукового и клинического обследования 3296 новорожденных проведенных в различных роддомах Армении. Во 2 группу вошли больные в возрасте от 1 до 2,5 лет, поступившие в клинику после начала ходьбы – 71 случай.

В результате УЗ скрининга выявлено: I тип по Графу у 61% новорожденных, II тип-у 32% (II а тип 28% а II с, d тип 4%), III тип-у 6%, IV тип-1%. Детям до 3-х месяцев лечение проводилось отводящими штанишками (II-III тип по Графу) или стременами Павлика (III-IV тип по Графу). У большинства детей с II типом чаще просто производилось широкое пеленание или накладывались 2 подгузника, а родителей обучали элементам лечебной физкультуры.

Больные 2 группы проходили клинический скрининг пе-

диатрами в роддомах и поликлиниках, однако, подозрение на наличие патологии ТБС возникло после начала ходьбы (утиная походка). У всех больных 2 группы в анамнезе отмечается тугое пеленание (пеленание солдатиком) от 3 месяцев до 1,5 лет. Дети 2 группы лечились функциональным методом с помощью накожного вытяжения на дуге по методу «over head». После закрытого вправления под общим обезболиванием производилось наложение кокситной гипсовой повязки в положении Лоренц 1 на 8-12 недель. После чего гипсовые повязки сменяли отводящей шиной с последующим восстановительным лечением.

Для оценки эффективности лечения, нами были использованы следующие методы исследования – клинический, рентгенологический, УЗ. Полученные данные УЗ исследования сопоставлялись с особенностями анатомического строения сустава, клинической картиной и данными рентгенологического метода.

Результаты и обсуждение

При повторном исследовании в возрасте 3 месяцев у больных с изначальной УЗ картиной II-а тип по Графу выявлены физиологически зрелые суставы. Большинство принято производить лечение только III и IV типа, а при II-а типе производить контроль через 3 месяца и только при наличии патологии начинать лечение. В нашем исследовании простое отведение конечностей создало условия для доразвития сустава и самоизлечения. Мы не согласны с мнением ряда авторов, что при УЗ-скрининге имеется гипердиагностика и поэтому он не оправдывает себя в плане цена-эффективность. На наш взгляд происходит не гипердиагностика, а гиперчувствительное описание зачастую незрелых элементов ТБС.

К сожалению, так как УЗ исследование во 2 группе не проводилось, трудно сказать какими были суставы на момент рождения. Также с этической стороны невозможно предумышленно произвести тугое пеленание у больных с II а типом по Графу для сравнения. Однако косвенные факты указывают, что именно создание адекватных условий для доразвития суставов является основным фактором способствующим уменьшения количества ВВБ. Родители предполагают, что при тугом пеленании у ребенка будут прямые, красивые нижние конечности и что пеленание облегчает уход за ребенком. Несмотря на это, у многих детей помимо ВВБ наблюдались выраженные «О» и «Х» образные искривления нижних конечностей на фоне цветущего рахита.

Проведение клинического скрининга в роддомах неонатологами и педиатрами не достаточно эффективно в плане выявления патологии ТБС. Необходимы как минимум повторные осмотры в возрасте 3 и 6 месяцев. Врачи поликлиник не должны полностью полагаться на результаты исследования в роддомах. Необходим государственный контроль и осмотр каждого ребенка опытным ортопедом до 6 месячного возраста. Именно сочетание этих факторов по нашему мнению приводит к уменьшению количества детей с ВВБ в старших возрастных группах, тогда как при рождении, количественные данные нашего исследования сопоставимы с мировыми.

Таким образом, УЗ метод достаточно чувствителен и информативен для использования его в роддомах для скрининга. УЗ метод должен дополнить или заменить устаревший клинический метод ввиду своей высокой эффективности в плане выявления врожденной патологии ТБС.

Подход к III и IV типу по Графу должен соответствовать подходу к врожденному подвывиху и вывиху бедра, а к II типу как к врожденной дисплазии тазобедренного сустава.

При обнаружении II а типа необходимо произвести широкое пеленание или наложения 2 подгузников в положении отведения с регулярными процедурами лечебной физкультуры. До 3-х месячного возраста, необходимы повторные УЗИ с интервалами в 2-3 недели, для уточнения степени доразвития сустава.

В независимости от наличия или отсутствия патологии ТБС необходимо исключить тугое пеленание младенцев, как варварский и травмирующий способ ухода за младенцами.

Наличие скрининговых программ зачастую вселяет ложную уверенность в своевременном выявлении патологии, что часто приводит к увеличению диагностированных ВВБ у детей после начала ходьбы.

В идеале, несмотря на разные скрининговые программы все дети в возрасте 6 месяцев должны быть обследованы детским ортопедом.

Литература

1. Горбатенко, С.А., Малахов, О.А., Болдырев, В.В., Леванова, И.В., Хондарян, Г.Ш., Еськин, Н.А. Ультрасонография тазобедренного сустава у детей раннего возраста, как метод выявления нарушений формирования сустава. // Тезисы докладов 6 съезда травматологов Прибалтийских республик. Таллинн, 1990 г. С. 197 – 198.
2. Дьяков, И.Ю., Хрулев, К.Н. К вопросу о невраимости врожденного вывиха бедра. Раннее выявление, диспансеризация и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Сборник научных трудов. Ленинград, 1987г. С.132 – 136.
3. Мельникова, Т.И., Тепленький, М.П. и др. Возможности использования некоторых показателей ультрасонографии в диагностике врожденного вывиха бедра у детей дошкольного и школьного возраста. // Гений ортопедии. 1999 г. № 2. С.109 – 112.
4. Baronciani, D., Atti, G., Andiloro, F., Bartesaghi, A., Gagliardi, L., Passamonti, C., Petrone, M. Screening for developmental dysplasia of the hip: from theory to practice. *Pediatrics*. 1997, February. Vol. 99. № 2.
5. Mackenzie, I.G., Wilson, J.G. Problems encountered in the early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip. // *J. B. J. S. [Br]* 1981, Vol. 63 – В. № 1. P.38-42.
6. Mahan, S.T., Katz, J.N. and Kim, Y.J. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. // *J.B.J.S.*, 2009 [Am]. Vol. 91 – A. P. 1705 – 1719.
7. Paton, R.W., Hinduja, K., Thomas, C.D. The significance of at-risk factors in ultrasound surveillance of developmental dysplasia of the hip // *J.B.J.S. [Br]*. 2005. Vol. 87 – В. P. 1264 – 1266.
8. Poul, J., Bajerova, J., Sommernitz, M., Straka, M., Pokorny, M., Wong, F.Y.H. Early diagnosis of congenital dislocation of the hip // *J.B.J.S. [Br]*. 1992. Vol. 74 – В. P. 695 – 700.
9. Baronciani, D., Atti, G., Andiloro, F., Bartesaghi, A., Gagliardi, L., Passamonti, C., Petrone M. Screening for developmental dysplasia of the hip: from theory to practice // *Pediatrics*. 1997, February. Vol. 99. № 2.

Поступила 13.12.2011 г.