

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

А.Г. Баиндурашвили, В.М. Кенис, И.Ю. Чухраева

*ФГУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера Росмедтехнологий», директор – засл. врач РФ, д.м.н. профессор А.Г. Баиндурашвили
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», ректор – д.м.н. О.Г. Хурцилова
Санкт-Петербург*

Статья посвящена актуальному вопросу детской травматологии и ортопедии – ранней диагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Представлены результаты скринингового осмотра новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, неонатальный ортопедический скрининг.

Article is devoted pressing question of children's traumatology and orthopedy – problems early of diagnostics of the musculoskeletal system disorders are discussed in children. In it short-lived results of orthopedic screening of newborns are presented.

Key words: newborns, children, neonatal orthopedic screening.

В настоящее время в структуре детской заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран на первое место выходят врожденные пороки развития. По разным данным, они встречаются у 3–5% новорожденных, а их доля в структуре причин младенческой смертности достигает 20% [5, 6]. В России частота врожденных пороков развития за последние два десятилетия имела тенденцию к росту, увеличившись к 2003 г с 5,92 до 30 на 1000 родов [9]. В Санкт-Петербурге, по данным Медико-генетического центра, частота врожденных пороков развития в 1987–2003 гг. составила 10,15 на 1000 родов. Из изолированных аномалий чаще всего регистрировались пороки сердца и конечностей – 26,42% и 19,81% соответственно.

Среди пороков опорно-двигательного аппарата наиболее часто (38,16%) выявлялась патология пальцев кистей и стоп: полидактилия – 28,74% и синдактилия – 9,42%; деформации стопы (21,95%); врожденные деформации бедра (13,73%) [9]. Пренатальная диагностика подобных заболеваний на поздних сроках беременности достигает 8% [2].

Сроки начала лечения во многом определяют его исход. Так, на базе отделения патологии тазобедренного сустава ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» на большом клиническом материале наглядно продемонстрирована подобная зависимость: при начале лечения врожденного вывиха бедра в возрасте до 3 мес. процент излечения к 1 году достигает 98,6%, в то время как при начале лечения в 4 мес. и старше в 80,5% в дальнейшем показано оперативное вмешательство разной степени сложности [4].

Кроме того, как отмечают Ю.А. Веселовский с соавторами, если патология ОДС выявлена в периоде новорожденности, 94,7% детей нуждаются только в амбулаторном лечении и лишь 5,3% – в стационарном. При более позднем выявлении потребность в стационарном лечении возрастает до 28,6%.

Максимально ранние сроки хирургической коррекции пороков развития опорно-двигательного аппарата с целью раннего восстановления функции и формирования правильного двигательного стереотипа в настоящее время стали возможны благодаря уровню службы реанимации, наличию квалифицированных кадров, широкому распространению различных методов оперативных вмешательств, в том числе с использованием микрохирургической техники.

Результат лечения определяется ранней диагностикой и своевременным начатым лечением. Большинство пороков развития опорно-двигательного аппарата визуализируется уже при первичном осмотре новорожденного. Однако для верификации ряда заболеваний необходимы дополнительные методы исследования (рентгенологические, ультрасонографические и др.). По данным литературы, на основе многочисленных клинических исследований установлена значимость и безопасность раннего использования ультрасонографического исследования как скрининга в диагностике патологии опорно-двигательного аппарата в максимально ранние сроки [1, 3, 7, 8].

Цель исследования – улучшить качество оказания ортопедической помощи детям раннего возраста путем ортопедического скрининга но-

ворожденных и мониторинга выявленных патологических состояний.

Материал и методы

Базовыми учреждениями были выбраны многопрофильные родильные дома Санкт-Петербурга №1 и №18, курируемые кафедрой акушерства и гинекологии МАПО. В течение 4 месяцев дважды в неделю по показаниям проводился клинический ортопедический осмотр новорожденных. Показаниями к осмотру являлись: многоплодная беременность, беременность, протекавшая на фоне мало- или многоводия, неправильное внутриутробное положение плода, экстракорпоральное оплодотворение, а также рекомендации врача-неонатолога.

Результаты и обсуждение

За указанный период времени из 3288 новорожденных к осмотру представлено 503 (15,3%) ребенка от 485 беременностей, из них 243 мальчика (48,3%) и 260 девочек (51,7%).

Следует отметить, что от патологически протекавшей беременности были рождены 430 детей (13%) из числа осмотренных. Ее основными причинами являлись: инфекции, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, угрозы прерывания беременности на разных сроках, соматическая патология матери и пр. Наиболее часто отмечалось сочетание указанных факторов. В этой группе ортопедическая патология диагностирована у 79 детей (2,4%), в то время как у детей после физиологически протекавшей беременности (73 беременности) – в 11 случаях (0,3%).

348 (10,6%) детей рождены матерями в возрасте 30 лет и менее, 155 (4,7%) – старше 30 лет. В первой возрастной группе ортопедическая патология обнаружена у 70 (2,1%) детей, во второй – у 20 (0,6%).

50 (1,5%) детей пренатально находились в тазовом предлежании. Из них у 34 (1%) ортопедической патологии выявлено не было, у 14 (0,4%) заподозрена дисплазия тазобедренных суставов, у 2 (0,1%) – установочная кривошея и пяточно-вальгусные стопы.

Таким образом, на основе клинического осмотра выставлен предварительный диагноз у 90 (2,7%) детей, в структуре которого отмечались:

- установочная кривошея – 9 (0,3%);
- перелом ключицы – 3 (0,1%);
- дисплазия тазобедренных суставов – 20 (0,6%);
- косолапость – 6 (0,2%);
- супинационная установка стоп, наиболее часто сопряженная с активным приведением переднего отдела стоп – 19 (0,6%);

- полидактилия – 3 (0,1%);
- синдактилия – 1 (0,03%).

В 7 (0,2%) случаях наблюдалось сочетание указанных состояний.

Диагноз «установочная кривошея» нами выставлялся при изменении положения головы новорожденного (наклон при отсутствии поворота), легкой асимметрии лица с неизменной мимической мускулатурой, отсутствии асимметрии и патологических образований со стороны кивательных мышц, а также при полном объеме движений в шейном отделе позвоночника.

В постановке диагноза «дисплазия тазобедренных суставов» основными критериями являлись: избыточная наружная ротация в тазобедренном суставе, ограничение или избыточное (при сниженном тонусе аддукторов бедер) разведение в нем, положительный симптом нестабильности. По нашим данным, асимметрия бедренных складок отмечается у большинства здоровых новорожденных в первые дни жизни.

При необходимости гипсовой коррекции стоп рекомендовалось амбулаторное лечение в поликлинике ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера». В остальных случаях дети получали лечение в поликлиниках по месту жительства.

Из общего количества осмотренных новорожденных катанез методом анкетирования на протяжении 10 месяцев удалось отследить у 176 детей.

У 80 (2,4%) детей первоначальное отсутствие патологии со стороны опорно-двигательной системы было подтверждено последующими клиническими осмотрами ортопедом с применением дополнительных методов исследования (УЗИ, рентгенологическое обследование), в 44 (1,3%) случаях – только на основе последующих клинических осмотров.

У 10 (0,3%) детей, изначально отнесенных к группе ортопедически здоровых, в последующем с помощью ультразвукового исследования диагностирована дисплазия тазобедренных суставов: 3 детям была назначена подушка Фрейка (лечение завершено к 2–3 месяцам), 7 детей получали физиотерапевтическое лечение без назначения ортопедических средств; в 5 (0,1%) случаях диагноз был установлен лишь на основании клинического осмотра.

У 8 (0,2%) детей с изначально заподозренной патологией при дальнейшем осмотре ортопедом и выполнении УЗИ тазобедренных суставов дисплазия была исключена. При этом, у 3 детей после УЗИ диагностирован синдром двигательных нарушений, у 1 – физиологическая незрелость тазобедренных суставов, у 4 – патологические установки стоп. В 7 (0,2%) случаях ортопедическая патология была исключена на основе данных только клинического осмотра (у 5 – патологические

установки стоп, у 2 – дисплазия тазобедренных суставов).

При последующих клинических осмотрах с применением УЗИ патология опорно-двигательного аппарата была подтверждена у 13 (0,4%) детей, из них 4 с диагнозом «дисплазия тазобедренных суставов» получали лечение подушкой Фрейка, шиной Мирзоевой (рекомендации не были соблюдены родителями, длительно проживали за пределами Санкт-Петербурга), 7 детей получали гипсовую коррекцию по поводу патологии стоп.

На протяжении 10 месяцев после рождения не были на приеме у ортопеда 9 человек (0,3%), что указывает на достаточно низкий культурный уровень населения, касающийся вопроса здоровья детей.

Выводы

1. На основе анализа полученных данных выявлена связь имеющейся ортопедической патологии у новорожденного с патологически протекавшей беременностью; при наличии патологии беременности риск рождения ребенка с костно-мышечными аномалиями возрастает.

2. В нашем исследовании при ягодичном предлежании плода частота выявления патологии тазобедренного сустава соответствует 32% от всех рожденных в ягодичном предлежании, что совпадает с литературными данными.

3. Учитывая зависимость результатов лечения от сроков его начала, имеющийся процент ошибок в диагностике ортопедической патологии, а также несоблюдение родителями кратности осмотра ребенка ортопедом в декретированные сроки, необходимо наряду с ортопедическим осмотром применять ультразвуковой скрининг опорно-двигательной системы новорожденного во время его пребывания в роддоме.

4. Целесообразно дальнейшее проведение работы в направлении организации и оптимизации выполнения диагностических мероприятий, ориентированных на раннее выявление и подтверждение патологии опорно-двигательной системы, а также преемственности между звеньями ортопедической службы, общности взглядов на способы лечения ортопедической патологии.

Литература

1. Ануфриева, Л.В. Ультразвуковая диагностика врожденных нарушений формирования тазобедренных

суставов у детей до трех месяцев / Л.В. Ануфриева, О.И. Тыртынская // Лечение и реабилитация детей-инвалидов с ортопедической и ортопедо-неврологической патологией на этапе медицинской помощи: материалы совещания детских ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Геленджик, 1997. – С. 112–113.

2. Бабаскина, А.Н. Пренатальные повреждения плода у беременных в Москве / А.Н. Бабаскина, Е.А. Пригожин // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2005. – Вып. 3. – С. 47–50.
3. Вашкевич, Д.Б. Диагностическая ценность ультразвукового исследования тазобедренных суставов у новорожденных / Д.Б. Вашкевич // Лечение и реабилитация детей-инвалидов с ортопедической и ортопедо-неврологической патологией на этапе медицинской помощи: материалы совещания детских ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Геленджик, 1997. – С. 112.
4. Волошин, С.Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста : дис. ... канд. мед. наук / С.Ю. Волошин. – СПб., 2005.
5. Демикова, Н.С. Мониторинг врожденных пороков развития / Н.С. Демикова, С.И. Козлова // Вестник РАМН. – 1999. – Вып. 11. – С. 29–32.
6. Кобринский, Б.А. Принципы организации мониторинга врожденных пороков развития / Б.А. Кобринский, Н.С. Демикова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – Вып. 4. – С. 55–60.
7. Пеева, Е.Л. Применение ультрасонографического исследования тазобедренных суставов в условиях амбулаторного приема / Е.Л. Пеева, А.Г. Баиндурашвили // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии : сб. науч. тр. – СПб., 2000. – С.304–305.
8. Пеева, Л.Е. Роль ультрасонографии тазобедренных суставов в диагностике заболеваний и нарушений в его развитии у детей первых месяцев жизни / Е.Л. Пеева, О.М. Янакова, Н.Б. Петрова // Стандарты технологии специализированной помощи детям при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. – СПб., 1999. – С. 131–132.
9. Романенко, О.П. Врожденные пороки развития / О.П. Романенко, С.К. Ключева. – СПб., 2004. – 150 с.
10. Хаматханова, Е.М. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков развития / Е.М. Хаматханова, Ю.И. Кучеров // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – Вып. 6. – С. 35–39.
11. Черюканов, А.В. Нуждаемость несовершеннолетних с ограниченными возможностями в социальной реабилитации / А.В. Черюканов // Педиатрия. – 2007. – № 9. – С. 538.

Контактная информация:

Чухраева Ирина Юрьевна, аспирант МАПО
e-mail: elena-sova@rambler.ru

ABOUT THE EARLY DIAGNOSTICS OF PATHOLOGY OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AT NEWBORNS

A.G. Baidurashvili, V.M. Kenis, I.Yu. Chukhraeva