

А.Л. Семенов, К.Н. Харитонов

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В СТАДИИ ПОДВЫВИХА И ВЫВИХА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна»
МЗ РФ, АНО «Клиника НИИТО», г. Новосибирск, РФ



Высокая распространенность дисплазии тазобедренного сустава (ДТБС) у детей, разноплановость подходов к лечению и неоднозначные исходы болезни до настоящего времени вызывают огромный интерес специалистов к данной проблеме. Цель нашей работы: поделиться опытом применения и показать на клинических примерах эффективность функционального метода лечения дисплазии в степени подвывиха и вывиха у детей первых месяцев жизни с помощью стремян Павлика. Нами проведен анализ амбулаторных карт 5 детей, пролеченных в нашей поликлинике за последний год по поводу ДТБС в стадии подвывиха и вывиха с помощью стремян Павлика. В результате лечения достигнут хороший клинико-рентгенологический результат. Наш опыт вновь подтверждает необходимость раннего выявления ДТБС и начала функционального лечения, что позволяет избежать травматичного закрытого вправления и лечения методом «overhead», оперативного лечения.

Ключевые слова: врожденный вывих бедра, дисплазия тазобедренного сустава у детей, консервативное лечение, стремя Павлика.

Цит.: А.Л. Семенов, К.Н. Харитонов. Тактика ведения детей первых месяцев жизни с дисплазией тазобедренных суставов в стадии подвывиха и вывиха в амбулаторной практике Новосибирского НИИТО. *Педиатрия*. 2019; 98 (2): 248–252.

A.L. Semenov, K.N. Kharitonov

TACTICS OF MANAGEMENT OF CHILDREN OF THE FIRST MONTHS OF LIFE WITH HIP DYSPLASIA IN SUBLUXATION AND DISLOCATION STAGES IN THE OUTPATIENT PRACTICE OF THE NOVOSIBIRSK SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS

Novosibirsk Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics n.a. Ya.L. Tsivyan, Clinic of the Novosibirsk Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Novosibirsk, Russia

The high prevalence of hip dysplasia (HD) in children, the diversity of approaches to treatment and ambiguous disease outcomes to date attracts great interest of specialists to this problem. Aim of this article is to share the experience of application and demonstration on clinical examples of functional method effectiveness in treatment of dysplasia subluxation and dislocation stages using Pavlik harness. Authors analyzed outpatient cards of 5 children with HD in subluxation and dislocation stages treated in clinic over the past year using Pavlik harness. Treatment achieved a good clinical x-ray result. This experience reaffirms the need for early detection of HD and the onset of functional treatment, which allows traumatic closed retraction and treatment with overhead method, surgical treatment.

Контактная информация:

Семенов Александр Леонидович – врач-ортопед
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» МЗ РФ
Адрес: Россия, 630091, г. Новосибирск, ул. Фрунзе, 17
Тел.: (383) 363-31-31 доб. 1346,
E-mail: ASemenov@niito.ru
Статья поступила 4.04.18,
принята к печати 28.12.18.

Contact Information:

Semenov Alexander Leonidovich – orthopedist
of Novosibirsk Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics n.a. Ya.L. Tsivyan
Address: Russia, 630091, Novosibirsk, Frunze str., 17
Tel.: (383) 363-31-31 ext. 1346,
E-mail: ASemenov@niito.ru
Received on Apr. 4, 2018,
submitted for publication on Dec. 28, 2018.

Keywords: congenital hip dislocation, hip dysplasia in children, conservative treatment, Pavlik harness.

Quote: A.L. Semenov, K.N. Kharitonov. Tactics of management of children of the first months of life with hip dysplasia in subluxation and dislocation stages in the outpatient practice of the Novosibirsk Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics. *Pediatrics*. 2019; 98 (2): 248–252.

По данным литературы, до 10% новорожденных детей имеют диагноз «дисплазия тазобедренных суставов» (ДТБС). У 3–4 детей из 1000 выявляется врожденный вывих бедра [1]. Для достижения хороших анатомо-функциональных результатов при выявлении ДТБС в любой степени необходимо раннее начало лечения. При позднем выявлении заболевания, несвоевременном или неправильном лечении возникают стойкие анатомические нарушения в тазобедренном суставе (ТБС) с нарушением функции и инвалидизацией пациента [2–5].

У детей первых месяцев жизни рекомендуется применять функциональный метод лечения с помощью различных шин [6–10]. Одной из предлагаемых на рынке шин являются стремена Павлика, применяющиеся с 50-х годов прошлого века, но, по нашему мнению, незаслуженно редко [11].

Несмотря на описание во многих литературных источниках результатов лечения пациентов с подвывихами и вывихами ТБС функциональными методами, в практике ортопедов данные методики часто игнорируются, и пациентов продолжают лечить по методу Паччи–Лоренца, вызывающему высокий процент осложнений (68,5%). При лечении функциональными методами частота осложнений (в частности, асептический некроз головки бедренной кости) достигает лишь 2,6% [12].

По данным, представленным в различных источниках, осложнения при консервативном лечении ДТБС с помощью стремян Павлика (неврит бедренного нерва, плексит, асептический некроз головки бедренной кости) встречаются в 1,5% случаев [13].

Цель исследования: поделиться опытом применения и распространения в амбулаторной практике среди врачей ортопедов, хирургов, педиатров и показать на клинических примерах эффективность функционального метода лечения ДТБС в степени подвывиха и вывиха у детей первых месяцев жизни с помощью стремян Павлика.

Материалы и методы исследования

Нами выполнен анализ историй амбулаторных карт и рентгенограмм 5 детей, пролеченных консервативно по поводу ДТБС в степени вывиха или подвывиха в 2016 г. в условиях поликлиники АНО «Клиника НИИТО». Следует заметить, что лечение пациентов не является приоритетной задачей данной поликлиники, имеющей основную направленность на консультативный прием. Консервативное лечение ДТБС полным курсом в нашей поликлинике не является правилом. Прием не предусматривает возможность наложения гипсовых повязок и каких-либо манипуляций. Наш подход к лечению ДТБС основан на большом опыте врача, ведущего специализированный прием, концентрирующего на себя пациентов с ортопедической патологией, в т.ч. с различными осложнениями пре-

дыдущего лечения и, при необходимости, ведущего их далее на диспансерных приемах.

Проведение анализа медицинских документов не противоречит этическим принципам биоэтического комитета (протокол заседания № 015/18 от 30 марта 2018 г.). Согласие родителей на анонимную публикацию материалов обследования находится в амбулаторных картах и истории болезни пациентов.

Возраст пациентов на момент начала лечения составил от 0 до 6 месяцев. По полу пациенты распределились следующим образом: 2 мальчика и 3 девочек. Характеристика пролеченных пациентов по нозологической форме: с вывихом – 3, с подвывихом – 2. Все 5 пациентов лечились с помощью стремян Павлика производства «Trives» г. Санкт-Петербург. При выявлении на консультативном приеме ребенка с ДТБС в степени подвывиха и вывиха в возрасте до 6 месяцев назначалось функциональное лечение с помощью стремян Павлика (рис. 1). Согласно сведениям, предоставленным представителями аптек г. Новосибирска, за 2016 г. было продано 15 комплектов стремян Павлика, что позволяет предполагать, что все шины использовались только нашими пациентами. Шина Виленского использовалась только для долечивания пациентов.

Учитывая приводящую контрактуру пораженного сустава, назначали щадящий режим отведения ножек, заключающийся в следующем: отведение производится постепенно, без насилия от минимально возможного при первом осмотре (около 30–40°) до максимально допустимого 75–90° (по назначению врача). Первые 2–3 дня (до 1–2 недель в особо трудных случаях) ребенок должен привыкнуть к пособию, при минимальном разведении, указанном ортопедом при первом использовании пособия, далее бедра устанавливаются в положении отведения до «пружинящего» эффекта. В первые 2–3 недели лечения необходимы осмотры ребенка раз в 3–4 дня для проведения необходимой коррекции положения ножек, управляя штрипками шины, и достижения положения отведения и сгибания в ТБС.

Тревожным сигналом быстрого отведения бедер (или невозможности вправления при вывихе) являются выраженное беспокойство ребенка, отказ от еды, усиление беспокойства при взятии на руки, успокоение в кроватке. Данные симптомы являются при-



Рис. 1. Стремена Павлика: схема (а) и общий вид (б).

знаком возникновения нарушения кровообращения в области сустава, мышечного спазма, дебюта асептического некроза головки бедренной кости.

Если при отведении бедер ребенок испытывает болевые ощущения, так как у него имеется защитный спазм мышц бедра (различной степени выраженности), спазм мышц купируется остановкой процесса разведения и другими лечебными мероприятиями (массаж, тепловые процедуры).

Оценить выраженность боли при отведении бедер в процессе отведения можно по степени выраженности беспокойства ребенка, нарушению сна, отказу от еды.

При беспокойстве ребенка нужно объяснить матери, что его нужно взять ненадолго на руки, предложить соску, помассировать живот, при сохранении беспокойства ослабить степень отведения ножки и срочно прийти на прием к врачу.

На контрольном приеме необходимо ослабить отведение бедер, назначить массаж, тепловые процедуры.

Изменение режима на ускорение отведения бедер выполняется только под контролем ортопеда.

При достижении полного отведения ножек или появлении клинических признаков вправления бедра (в среднем через 7 дней) необходима контрольная рентгенография ТБС в прямой проекции, в условиях иммобилизации шиной. Если рентгенологически головка бедра центрирована во впадину, следует продолжать лечение в условиях строгой, постоянной иммобилизации стременами, проводить тепловые и физиопроцедуры, направленные на улучшение кровоснабжения в области сустава, лечебную гимнастику, прием витамина D.

Следующий рентгенологический контроль проводится также, не снимая шины, через 3–4 месяца при отсутствии каких-либо обстоятельств, указывающих на нестабильность вправления или нарушение режима ношения шин.

Срок лечения в условиях ношения стремян Павлика составляет от 4 до 8 месяцев с дальнейшим переводом на шину Виленского либо Мирзоевой в зависимости от показаний. Даже при нарушении правил ношения стремян, например, одевая их на толстую одежду, сохраняется заданное положение ножек (рис. 2). Необходимо уделять внимание положению стоп в стременах Павлика, так как часто возникает их вальгусная установка, а также состоянию коленных суставов при ношении шины Виленского, а также назначать ЛФК и ношение ортопедической обуви с супинатором.

Рентгенологический контроль проводится каждые 4–6 месяцев в зависимости от степени выраженности дисплазии.

Отводящая терапия продолжается до достижения полной клинико-рентгенологической стабильности сустава, и если в возрасте 2,5–3 лет стабилизация сустава не происходит, то ставится вопрос о показаниях к оперативному лечению.

Шина Виленского предназначена больше для долечивания сустава, чем удержания его в положении вправления, так как ребенок, переворачиваясь на бок, легко сводит ноги вместе (рис. 3).

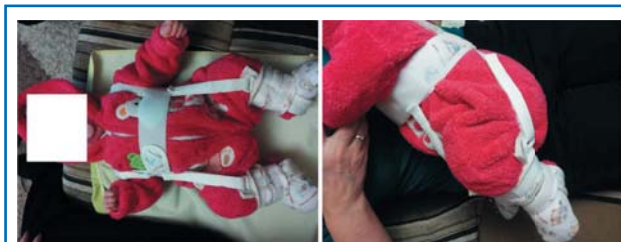


Рис. 2. Стремена Павлика, надетые с нарушением.

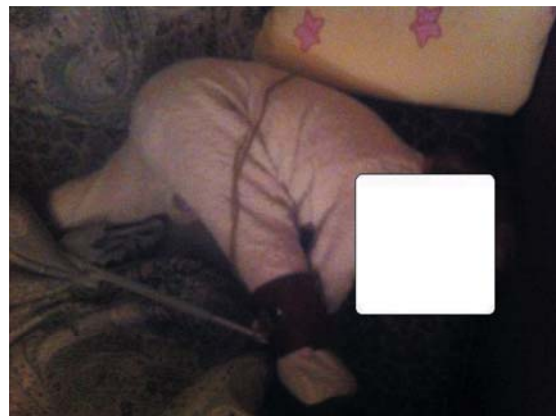


Рис. 3. Положение ножек ребенка в шине Виленского во сне.

При ведении пациентов в нашей поликлинике мы столкнулись со следующими сложностями:

- инертность ортопедов поликлиник, отказывающихся вести пациентов данным методом и направляющих их в стационар для лечения по методу Лоренца;
- отсутствие у врачей поликлиник опыта и навыков лечения стременами Павлика, но проводящих лечение с их применением и последующей дискредитацией метода;
- необходимость частых повторных приемов в первый месяц лечения (внеплановые включения в сетку приема и соответственно необходимость повторной оплаты приемов в условиях поликлиники НИИТО и иногда в связи с отсутствием средств или нежеланием перехода пациента в поликлинику по месту жительства).

Ниже представляем наши клинические наблюдения.

Пациентка А., возраст 4 месяца. Диагноз: врожденный левосторонний вывих бедра. Проведено функциональное консервативное лечение с помощью стремян Павлика. Рентгенограммы ТБС в динамике представлены на рис. 4.

Достигнута вправление вывиха, клиническая стабилизация сустава. Учитывая остаточную сохв *valga*, пациентка находится под динамическим наблюдением ортопеда.

Пациентка Б., возраст 4 месяца. Диагноз: врожденный левосторонний вывих бедра. Начато функциональное консервативное лечение с помощью стремян Павлика. Во время лечения в связи с тем, что врач другого медучреждения убедил мать пациентки в неэффективности лечения с помощью «старой» шины, необходимости смены вида иммобилизации, ортопедом поликлиники по месту жительства ношение стремян Павлика было отменено и пациентка переведена на лечение отводящей шиной «Orlett». После выпол-

нения рентгенологического контроля через 2 месяца после смены вида иммобилизации была выявлена релюксация бедра. Пациентка вновь обратилась в клинику ННИИТО для консультации. Учитывая возраст пациентки на момент обращения и степень краинального смещения бедра, от консервативного лечения решено отказаться и предложено оперативное лечение. Пациентка оперирована в условиях детской клиники Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна. Выполнены открытое вправление бедра и операция Солтера.

На рис. 5 представлены рентгенограммы ТБС пациентки Б. в динамике в течение 2 лет.

Результаты

Наш опыт работы подтверждает эффективность раннего консервативного лечения ДТБС у детей раннего возраста функциональным методом. Пациенты, получившие полный курс консервативного лечения с иммобилизацией стременами Павлика, достигли хорошего результата (клинико-рентгенологическая стабильность ТБС). Сроки лечения составили в среднем 1,5 года. При ведении пациентов в условиях нашей поликлиники осложнений не выявлено.

Обсуждение

Функциональный метод является основным в лечении ДТБС у детей раннего возраста, как и в нашем примере, подтверждающем свою состоятельность.

Лечение методом Паччи–Лоренца являлось прорывом в детской ортопедии более 100 лет назад. Его недостатки и осложнения неоднократно описаны в литературе, начиная с 40-х годов прошлого века, но, несмотря ни на что, он до сих пор находит своих приверженцев. Ведение пациентов первых месяцев с ДТБС в стадии подвывиха и вывиха в условиях городской поликлиники часто сводится к направлению ребенка в стационар для проведения мягкотканного вытяжения и последующей жесткой иммобилизации по методу Лоренца, что может приводить к неблагоприятным результатам.

Перевод на шину «Orlett» (либо любую иную) недопустим без рентгенологического контроля положения бедра и нецелесообразен в связи с тем, что необходимое положение ножек ребенка в этом возрасте легко достижимо с помощью стремян Павлика. Использование шины «Orlett» возможно у крупных детей, которым невозможно подобрать стремяна. Мы считаем, что на настоящий момент в арсенале детского ортопеда нет шины более выгодной для лечения ребенка первых месяцев жизни с ДТБС в степени подвывиха и вывиха, чем стремяна Павлика.

Только при невозможности удержать головку бедренной кости в положении вправления с помощью

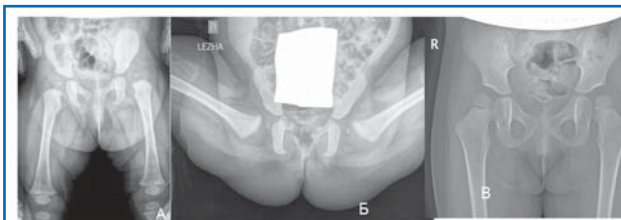


Рис. 4. Рентгенограммы ТБС пациентки А.: исходно (а), через 7 дней после начала лечения с помощью стремян Павлика (б), через 1 год (в).

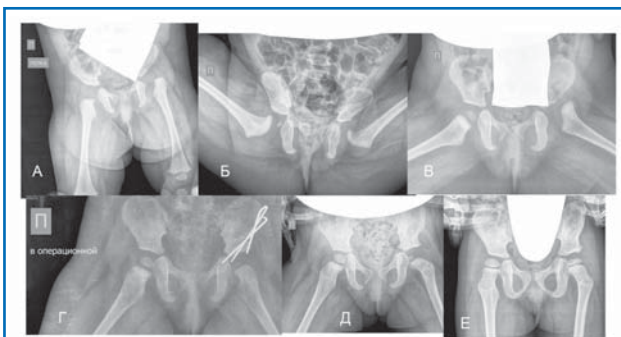


Рис. 5. Рентгенограммы ТБС пациентки Б.: исходно (а); через 7 дней после начала лечения в стременах Павлика (б); через 4 месяца после смены стремян на шину «Orlett» (в); интраоперационно (г); через 2 месяца после операции (д); через 1 год с момента операции (е).

Клинико-рентгенологическая стабилизация сустава стала возможной только после оперативного лечения в связи с ошибкой на этапе амбулаторного лечения.

съемных шин возможен переход на гипсовую иммобилизацию повязкой-распоркой и только в крайнем случае к повязкам, обеспечивающим жесткую иммобилизацию ТБС.

Заключение

Наш опыт подтверждает, что при наличии врача-ортопеда в поликлинике необходимо и должно вести пациентов с ДТБС в стадии подвывиха и вывиха в амбулаторных условиях, не направляя в стационар.

Методика лечения детей в возрасте до 6 месяцев с помощью стремян Павлика позволяет успешно лечить ДТБС любой степени.

Немотивированный переход с одного вида иммобилизации на другой, отсутствие рентгенологического контроля ведут к развитию осложнений.

Необходимо регулярно проводить разъяснительную работу среди ортопедов амбулаторного звена по тактике применения различных функциональных шин для лечения ДТБС.

Конфликт интересов: авторы статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования, о которой необходимо сообщить.

Semenov A.L. 0000-0003-1601-3351

Kharitonov K.N. 0000-0002-4934-5507

Литература

1. Волошин С.Ю., Белоусова Е.А. Особенности реабилитации детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра на этапах консервативного лечения. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2013; 3 (2): 66–70.
2. Баиндурашвили Г.А., Волошин С.Ю., Краснов А.И. Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста: клини-

ка, диагностика, консервативное лечение: Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2012.

3. Баиндурашвили Г.А., Камоско М.М., Краснов А.И., Волошин С.Ю., Басков В.Е. Дисплазия тазобедренных суставов (врожденный подвывих, вывих бедра) – диагностика и лечение у детей младшего возраста: Учебное пособие. СПб.: б/и, 2011.

4. Камоско М.М., Познович М.С. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014; 2 (4): 51–60.

5. Камоско М.М., Краснов А.И., Басков В.Е., Волошин С.Ю., Поздникин И.Ю., Барсуков Д.Б. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2013; 1 (1): 26–35.

6. Волошин С.Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2005.

7. Возницкая Т.Э. Опыт применения немедикаментозных методов реабилитации у детей с врожденной патологией тазобедренного сустава в комплексном лечении. Universum: Медицина и фармакология. 2017; 10 (43): 10–15.

8. Дьякова В.Н., Епифанцев А.В. Результаты комплексного лечения вывиха бедра у детей с неврологическим дефицитом. Международный журнал экспериментального образования. 2015; 10 (1): 63–64.

9. Кралина С.Э. Дисплазия тазобедренного сустава.

Ранняя диагностика и консервативное лечение на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. Поликлиника. 2013; 5 (2): 152–155.

10. Lerman JA, Emans JB, Millis MB, Share J, Zurakowski D, Kasser JR. Early failure of Pavlik harness treatment for developmental hip dysplasia: clinical and ultrasound predictors. J. Pediatr. Orthop. 2001; 21 (3): 348–353.

11. Salas FÁ, Leeder PC. Hallazgos ultrasonográficos tempranos asociados a una falla tardía en el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera con el arnés de Pavlik. Rev. Mex. Ortop. Ped. 2009; 11 (1): 29–34.

12. Поздникин И.Ю., Басков В.Е., Волошин С.Ю., Барсуков Д.Б., Краснов А.И. Ошибки диагностики и начала консервативного лечения детей с врожденным вывихом бедра. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2017; 5 (2): 42–51.

13. Van der Sluijs JA, De Gier L, Verbeke JI, Witbreuk MM, Pruys JE, van Royen BJ. Prolonged treatment with the Pavlik harness in infants with developmental dysplasia of the hip. J. Bone Joint. Surg. Br. 2009; 91 (8): 1090–1093.

© Коллектив авторов, 2018

DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-2-252-255

<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-2-252-255>

А.Е. Щиголева, Я.П. Сулавко, П.В. Шумилов

ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ ПОД МАСКОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА С ИНФАНТИЛЬНЫМ НАЧАЛОМ

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница, Москва, РФ



Манифестация болезни Крона (БК) в возрасте до 2 лет, сопровождающаяся тяжелым течением и ранним формированием перианального поражения, позволяет заподозрить моногенный (менделевский) характер заболевания. Моногенные заболевания, протекающие с клиникой воспалительного заболевания кишечника, в первую очередь представлены первичными иммунодефицитами (ПИД), в т.ч. дефектом сигнального пути интерлейкина 10 (ИЛ10). В статье представлен клинический случай инфантильной манифестации БК с поражением перианальной области у мальчика, рожденного от неродственного брака. С 4 месяцев у ребенка – примесь слизи в стуле, отставание в физическом развитии, рецидивирующие бактериальные инфекции. В 10 месяцев – формирование абсцесса перианальной области, в 11 месяцев – формирование двух параректальных свищей. Лабораторно – анемия (минимально Hb 42 г/л), выраженные воспалительные изменения (увеличение СОЭ до 50 мм/ч, СРБ 116 г/л), нормальный уровень сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM. При эндоскопическом исследовании – тотальный эрозивный колит с формированием псевдополипов, фекальный кальпротектин 1553 мкг/г. С целью исключения ПИД данному ребенку было проведено полноэкзомное секвенирование, выявившее две гетерозиготные мутации в гене *IL10RA*: с.272A>G (p.Y91C), описанную у пациентов с дефектом сигнального пути ИЛ10, и с.742G>A (p.G248R), ранее не описанную в литературе, что позволило на основании результатов генетического исследования и клинической картины диагностировать ПИД: недостаточность рецептора ИЛ10.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника с очень ранним началом, болезнь Крона, первичный иммунодефицит, недостаточность рецептора ИЛ10, полноэкзомное секвенирование.

Контактная информация:

Щиголева Анастасия Евгеньевна – асп. каф. госпитальной педиатрии им. В.А. Таболина ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница, отделение гастроэнтерологии
Адрес: Россия, 119571, г. Москва, Ленинский пр-кт, 117
Тел.: (916) 785-32-54, E-mail: a.shchigoleva@yandex.ru
Статья поступила 26.06.18, принята к печати 28.12.18.

Contact Information:

Schigoleva Anastasia Evgenievna – postgraduate student of Hospital Pediatrics Department named after Academician V.A. Tabolin, Pirogov Russian National Research Medical University, separate structural unit Russian Children's Clinical Hospital, Gastroenterology Department
Address: Russia, 119571, Moscow, Leninsky prospekt, 117
Tel.: (916) 785-32-54, E-mail: a.shchigoleva@yandex.ru
Received on Jun. 26, 2018, submitted for publication on Dec. 28, 2018.