

МЕДИЧНІ НАУКИ

Алескеров М.Н.

студент,

Науковий керівник: Ломинога С.І.

кандидат медичних наук,

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НОВОНАРОДЖЕНОГО (НЕМОВЛЯТИ)

Вроджений вивих стегна є найпоширенішою деформацією опорно-рухового апарата. Коли говорять про частоту цієї патології, то мають на увазі не тільки сформований вивих стегнової кістки, а так звану дисплазію кульшових суглобів, на фоні якої з розвитком дитини формується вивих. Дисплазія (недорозвиток) кульшового суглоба – це вада розвитку, яка поширюється на всі компоненти суглоба: кульшову западину, голівку стегнової кістки з навколишніми м'язами, зв'язками, капсулою, і полягає в їх недорозвитку. Дисплазія кульшових суглобів зустрічається частіше, ніж вроджений вивих стегна. Співвідношення за статевою ознакою: дисплазія серед дівчаток спостерігається в 5-6 разів частіше, ніж серед хлопчиків.

Підвивихом стегна називають патологічний стан, коли спостерігається частковий вихід головки стегнової кістки з кульшової западини. Співвідношення частоти зустрічаності вказаних станів: у дітей перших трьох місяців життя дисплазії становлять 70% усієї вродженої патології кульшового суглоба, підвивихи – 20%, вивихи – 10%.

А. Я. Вовченко пропонує 5-ступеневу класифікацію вроджених порушень формування кульшового суглобу: норма, сповільнене формування, вроджена дисплазія кульшових суглобів, підвивих, вивих стегна.

У дітей від 1 року і старших М. В. Волков і В. Д. Дедова рентгенологічно розрізняють п'ять ступенів вивиху: при I ступені голівка знаходиться латерально, але на рівні кульшової западини – це положення називають передвивихом; II ступені вивиху голівка знаходиться вище горизонтальної лінії Y-подібних хрящів біля верхньої частини западини – підвивих; при III ступені голівка – над дахом кульшової западини, можливе утворення псевдозападини – вивих; при IV ступені вся голівка покрита тінню крила клубової кістки; V ступінь характеризується високим розташуванням голівки стегнової кістки біля верхнього краю крила клубової кістки [5].

Клінічна картина вродженого вивиху стегна в новонароджених та в дітей в перші місяці життя проявляється наступними основними симптомами:

1. Обмеження відведення в кульшових суглобах. Перевіряють цей симптом таким чином – у дитини, що лежить на спині, згинають ноги в кульшових і колінних суглобах до прямого кута і виконують пасивне розведення стегон. Якщо кульшові суглоби розвинуті нормально, то стегна розводяться майже повністю. В хлопчиків об'єм відведення стегон складає $70-90^\circ$, в дівчаток – $80-90^\circ$. Якщо ж у дитини є дисплазія кульшових суглобів, то завжди відведення стегон обмежене. Цей симптом виявляється практично одразу після народження дитини, і є найбільш постійною (облігатною) ознакою дисплазії. При дисплазії I ступеня обмеження відведення незначне, а при сформованому вивихові – різко виражене і поступово наростає.

2. Найбільш рано після народження дитини, але нетривало протягом перших 5-7 днів життя (рідко – протягом перших 1-2 місяців життя) спостерігається симптом «зісковзування» або «клацання». Виявляють цей симптом наступним чином – долоні досліджуючого розміщуються на колінних суглобах дитини, причому перші пальці лежать на присередніх поверхнях стегон, а решта пальців – на бічних поверхнях стегон. Легкими рухами повільно здійснюють рівномірне відведення стегон, і при цьому в певний момент здійснюється вправлення вивиху стегна, що супроводжується феноменом «клацання», який сприймається і рукою досліджуючого, і інколи на слух. При розгинанні і приведенні стегон, тобто при виконанні зворотнього руху виникає вивихування стегна, що також супроводжується аналогічним феноменом. Це називається I типом виявлення симптому нестійкості і складає 75-80% від загальної кількості цієї діагностичної ознаки. При II типі виявлення симптому нестійкості (в 20-25%) напрям силових ліній розподіляється в зворотному до вказаного порядку.

3. Асиметрія складок на стегнах дитини та сідничних складок може свідчити про дисплазію чи про вроджений вивих стегна. На стегні зі сторони порушення розвитку кульшового суглоба складки зазвичай глибші, більш виражені, їх кількість може бути більша. Це характерно для однобічного вродженого вивиху стегна.

4. Видиме на око вкорочення нижньої кінцівки в новонародженій дитини буває рідко, частіше ця ознака виявляється пізніше, по мірі зміщення стегнової кістки вгору під впливом тяги м'язів на фоні вивиху стегна. Може виявлятися як при однобічному, так і при двобічному вивихові, якщо зміщення стегнових кісток неоднакове. У зв'язку з тим, що точно виміряти сантиметровою стрічкою величину вкорочення досить важко, доцільно судити про наявність відносного вкорочення одного стегна по висоті стояння колінних суглобів при зігнутих до прямого кута в кульшових і колінних суглобах ногах.

5. Зовнішня ротація стопи на стороні вивиху краще визначається під час сну дитини, коли та розслаблена.

6. При вивихові стегна при пальпації в проекції кульшового суглоба визначається западання і головка стегнової кістки не пальпується, так як вона знаходиться не в кульшовій западині, а поза нею [4].

Зазвичай, новонароджена дитина самостійно набуває пози із злегка зігнути відведеними стегнами. Власне це положення є фізіологічним, і його необхідно

зберігати при пеленанні. Усі маніпуляції, що супроводжуються насильницьким випрямленням ніжок новонародженого, повинні розглядатися як антифізіологічні. Особливо шкідливим є туге пеленання і «сповивання» новонародженого.

При встановленні діагнозу дисплазії кульшових суглобів ще в пологовому будинку необхідно навчити маму виконувати широке пеленання дитини за такою методикою: дві пелюшки складають декілька разів і вкладають між ніжками дитини, яві зігнуті в кульшових і колінних суглобах і відведені на 60-80°. В цьому положенні ніжки дитини фіксують третьою пелюшкою. Таке пеленання сприяє правильному формуванню кульшового суглоба і запобігає розвитку вивиху чи підвивиху стегна, через що показане усім дітям в перші місяці життя.

Для кращого утримання ніжок дитини в положенні відведення і згинання потрібно користуватися спеціальними профілактичними штанцями, використання яких доповнює широке пеленання, гарантує стабільне відведення і згинання ніжок і полегшує гігієнічний догляд за дітьми [2].

Методика широкого сповивання:

1. Штанці розкладають на столі клейонкою догори.
2. На штанці вкладається поздовжньо складена в кілька шарів марля і пелюшка, складена трикутником, з вільними кінцями донизу. На неї кладеться марлевий підгузник.
3. Дитину кладуть із зігнутими і відведеними ніжками спинкою на підгузник, війнувши сорочечку догори. В пахвинну ділянку вкладається марлевий підгузник.
4. Нижні кінці трикутної пелюшки загортаються відповідно в праві і лівий пахвині згини, фіксуючи стегна у відведеному і зігнутому положенні.
5. Бічний кінець цієї пелюшки укладається на передню поверхню живота.
6. Другий бічний кінець пелюшки укладається поверх першого.
7. Марлева пелюшка загортається догори між ніжками.
8. Після сповивання профілактичні штанці застібаються спереду за допомогою текстильної застібки відповідно до параметрів дитини [3].

В останній час значного поширення зазнало застосування памперсів для гігієнічного догляду за дитиною. Вони виконують не лише гігієнічну функцію, а й функцію широкого пеленання. Проте необхідно зауважити, що користуватися можна памперсами, які відповідають усім гігієнічним нормам і дозволені до застосування спеціалістами санітарно-гігієнічних служб.

Широке пеленання та застосування профілактичних штанців застосовують до 4-місячного віку дитини.

Також рекомендується 2-3 рази на день виконувати наступний комплекс вправ:

1. Велосипед – зігнути ноги в колінних і кульшових суглобах і імітувати їзду на велосипеді.
2. Згинання і розгинання ніг одночасно та по чергово.
3. Зігнувши ногу дитини в кульшовому та колінному суглобах, однією рук фіксують кульшовий суглоб зі сторони сідниці, іншою рукою, яка фіксує

колінний суглоб, злегка натискаючи на нього, виконують внутрішню ротацію стегна [1].

Масаж є важливим компонентом фізичної реабілітації дітей з дисплазією кульшових суглобів. Його необхідно проводити теплими сухими руками, мазі при цьому її використовують. В окремих випадках при підвищеній чутливості шкіри дитини застосовують стерильну дитячу олію. Час масажу вибирають в залежності від стану дитини, коли вона не голодна, спокійна, в хорошому настрої. Виконують масаж на масажному чи повивальному столику, на жорсткій поверхні, яку покривають ковдрою, потім застеляють клейонкою, яку зверху накривають пелюшкою.

Методика масажу наступна. Спочатку дитину вкладають на спину і виконують погладжуючий масаж рук, ніг, живота. Далі викладають дитину на живіт з розведеними ногами і виконують масаж задньої та бічної поверхонь ніг: погладжування, розтирання, потім по чергове відведення зігнутих ніг дитини в сторони (як при повзанні) з фіксуванням таза. Потім масажують спину та поперекову ділянку (погладжування і розтирання), сідниці (погладжування, розтирання, тонізуючі прийоми – пощипування, пальцевий душ), ділянку кульшового суглоба (кругове погладжування, розтирання) і задньо-бічної поверхні ніг. Після цього знову повторюють по чергове відведення зігнутих ніг дитини в сторони (як при повзанні) з фіксуванням таза. Далі варто зробити масаж передньо-бічної поверхні ніг: погладжування, розтирання в поєднанні з прийомами розслаблення привідних м'язів стегна – згинання ніг дитини в колінних і кульшових суглобах і м'яке, пластичне розведення стегон. Масаж виконують щоденно, 10-15 сеансів на курс, перерва між курсами 1-1,5 місяці.

З фізіотерапевтичних засобів у цей період застосовують теплі хвойні ванни, парафінові аплікації, пелоїдотерапію, підводний масаж.

Список використаних джерел:

1. Астахова А. Г. Концептуальні підходи у галузі реабілітації / Велика розтока (глобальні проблеми сучасності: соціально-історичний аналіз). – К., 2012. – 356 с.
2. Актуальні проблеми фізичної реабілітації: навч. посіб. / Є. В. Білогуб, Є. О. Гайдай, А. М. Заболотний та ін.; за заг. ред. Є. О. Гайдая. – К.: ФОП О. С. Ліпкан, 2010. – 260 с.
3. Богданов Ф. Р., Тимофеева Н. А. Врожденный вывих бедра. М.: 1. Медгиз, 1959. – 179 с.
4. Фізична реабілітація Г. Окамотто / Перекл. з англ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 229 с.
5. Фищенко П. Я., Хрулева К. Н., Оноприенко А. А. Раннее выявление и лечение остаточной нестабильности тазобедренного сустава после консервативного вправления врожденного вывиха бедра у детей: Методические рекомендации. – М., 1982. – С. 25.