

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра травматології та ортопедії

ЛЕКЦІЯ:

**«ПРИРОДЖЕНІ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ,
ХРЕБТА І КІНЦІВОК»**

(для здобувачів наукового ступеня доктор філософії на III освітньо-науковому рівні галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 Медицина)

ЗАТВЕРДЖЕНО

на методичній нараді кафедри

« 29 » серпня 2022 р.

Протокол № 1

д.мед.н., професор  Завідувач кафедри
Сушін Ю.В.

ОДЕСА

Лекція: "ПРИРОДЖЕНІ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ХРЕБТА І КІНЦІВОК" - 2 години

1. Актуальність теми.

Природжені деформації опорно-рухового апарату одна з найбільш актуальних проблем сучасної ортопедії. Частота цих деформацій не зменшується, швидке їх прогресування, тяжкість прояву, складність лікування і інвалідизація хворих складають складну медико-соціальну проблему. Природжена м'язова кривошия діагностується в 2% випадків новонароджених і складає до 3% природжених аномалій, частіше у дівчаток. Через відсутність раннього лікування, а також при його пізньому початку розвивається асиметрія обличчя, безповоротні зміни елементів лицьового черепа, додаткових пазух носа, слухового апарату, а надалі - в шийному відділі хребта.

Серед усіх захворювань верхніх кінцівок вади розвитку складають 7,4%. Типова природжена клишоногість зустрічається в 0,1% випадків новонароджених, нерідко двостороння, частіше у хлопчиків. Дисплазія тазостегнового суглоба зустрічається у 3% новонароджених, природжений вивих стегна в 0,016% випадків. Рання діагностика дисплазії і природженого вивиху стегна, своєчасне кваліфіковане лікування приводять в 95% випадків до повного одужання. Пізня діагностика і лікування, почате у дітей старших вікових груп, рідко дають повне одужання і призводять до розвитку вторинних дегенеративно-дистрофічних змін в кульшовому суглобі вже в юнацькому віці, а згодом і до інвалідності.

2. Цілі лекції:

- *навчальні*: уміти оцінити сучасні проблеми цього розділу, користуватися сучасними способами і методами діагностики і лікування.

- *виховні*: уміння логічні мислити при постановці клінічного діагнозу; знання пріоритетів вітчизняної ортопедичної школи в розробці цієї проблеми; знання особливостей збору анамнезу і клінічного дослідження цієї категорії хворих відповідно до правил деонтології і медичної етики.

3. План і організаційна структура лекції

№ п/п	Основні етапи лекції і їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, оснащення лекції	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення учбових цілей Забезпечення позитивної мотивації			
2.	Основний етап Виклад лекційного матеріалу. План: Вступ. Дисплазія кульшового суглоба і природжений вивих стегна. Патогенез, профілактика, рання діагностика. Особливості лікування в різних вікових групах. Природжена клишоногість. Клініка, діагностика, лікування. Природжена м'язова кривошия. Хвороба Клиппель-Фейля, Гризеля, шийні ребра. Природжене високе стояння лопатки. Діагностика, лікування. Природжені захворювання верхньої кінцівки: синдактилія, полідактилія, ектрадактилія, косорукість. Діагностика, лікування.	I II III II I	Відповідно до видання: "Методичні рекомендації відносно планування, підготовки і аналізу лекції".	85% - 90%
3.	Завершальний етап Резюме лекції, загальні висновки. Відповіді лектора на можливі питання. Завдання для самопідготовки здобувача.		Список літератури, питання, завдання.	

4. Зміст лекційного матеріалу.

Природжені захворювання опорно-рухової системи (ОРС) представляють практичний інтерес як для лікаря-педіатра, який має відношення до виявлення і лікування наслідків природжених захворювань в підлітковому, юнацькому і дорослому віці. Серед захворювань дитячого віку більшу увагу привертають різні патологічні стани, пов'язані з вродженими вадами розвитку окремих органів або цілих систем організму. Численні ці обстеження новонароджених дітей

показують, що природжені аномалії (вади) розвитку зустрічаються з частотою від 0,3% до 12%-13%, в середньому у 3-4% дітей.

За даними М.В. Волкова більш ніж 1500 тільки спадкових захворювань, причому, половина з них - це природжені захворювання кістково-суглобової і нервово-м'язової систем. Серед етіологічних чинників природжених захворювань прийнято виділяти три основні групи: екзогенні, ендогенні і генетичні. При цьому також слід нагадати про те, що генетичні чинники можуть бути наслідком зовнішніх дій або носити спадковий характер (спадкоємство за рецесивним і домінантним типом).

Природжені захворювання ОРС у дітей складають близько 50% усієї патології дитячого віку. Серед природжених захворювань ОРС домінують: дисплазія кульшового суглоба і природжений вивих стегна (від 30 до 80%) Потім слідує кривошия (10-30%), клишоногість (1,3-4%), синдактилія, полідактилія та ін. аномалії кисті і стопи (10-15%).

Дисплазія кульшового суглоба, природжений вивих (підвивих) стегна.

Природжений вивих стегна відзначається у 5 з 1000 новонароджених. Складніше визначити частоту дисплазії кульшового суглоба, бо це пов'язано з рівнем організації первинного виявлення патології ОРС. На підставі наявних досліджень, цю патологію слід розглядати, як один з проявів неправильного формування кульшового суглоба, яке виникає на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плоду.

Анатомічні і функціональні зміни в суглобі при усіх формах аномалії з віком прогресують. Тому, ефективним є лікування, почате в перші дні або тижні життя дитини. Проте, раннє лікування можливе лише за умови ранньої діагностики, що здійснює при підготовці усіх лікарів по цьому розділу, і при правильній організації огляду новонароджених в пологових будинках. Слід пам'ятати, що особливу увагу лікаря повинні привертати діти, що народилися в сідничному передлежанні. У цій групі дисплазія кульшового суглоба зустрічається приблизно в 20%.

З усіх численних симптомів слід віддати першість наступним, на наш погляд найбільш достовірним:

- асиметрія шкірних (аддукторних, сідничних) складок;
- обмеження відведення ніжок;
- зовнішня ротація нижньої кінцівки;
- симптом зісковзування (Ортолані), симптом "кляцання";
- симптом "поршня".

Перераховані симптоми дозволяють лише, найчастіше, запідозрити патологію. На жаль, рентгенівські методи діагностики в цьому віці мало достовірні і рентгенографія застосовується лише з 3-х місячного віку. Новітні досягнення техніки інтраскопії дозволяють сподіватися на отримання нових методик лабораторної діагностики (ЯМР-томографія, УЗД і ін.). Ранніми рентгенівськими ознаками дисплазії кульшового суглоба і природженого вивиху стегна є:

Тріада Путті - недорозвинення або аплазія ядра окостеніння голівки стегна, скошеність даху вертлюгової западини, високе стояння і латеропозиція проксимального кінця стегнової кістки.

Причому, оцінка рентгенограми тримісячної дитини складна і вимагає значних навичок. В цьому відношенні певна допомога забезпечується спеціальними побудовами на рентгенограмі (схема Хільгенрайнера).

Лікування дисплазії і природженого вивиху стегна багато в чому визначається віком пацієнта, який умовно розділяють по віку на ряд груп:

- новонароджені і діти до 3 місячних віку,
- діти від 3 міс. до 1 року,
- діти від 1 до 3 років,
- діти від 3 до 5 років,
- діти від 5 до 14 років,
- підлітки старше 14 років,
- дорослі.

У першій групі діагноз ще не повністю достовірний і носить, в основному передбачуваний характер. Призначають: ЛФК, широке сповивання, спеціальні конверти для новонародженого з клином, стремена Павлика, подушечку Фрейка, розсувні шинки Виленського.

У другій групі діагноз після аналізу рентгенограм стає очевидним. Проте, функціональне лікування все ще залишається досить ефективним. Воно аналогічно описаному, але вимагає пильнішої уваги ортопеда.

У більше старшому віці (група від 1 до 3 років), як правило, ми маємо вже справу з контрактурами, ригідністю м'язів і розраховувати на центрацію голівки у вертлюговій западині простим відведенням ніжки навряд чи можливо. У цьому віці застосовують попереднє витягнення за спеціальними методиками з наступним вправленням стегна і фіксацією його у відведеному положенні з внутрішньою ротацією в гіпсовій пов'язці. Свого часу був широко відомий метод Лоренца, що вимагав перебування дитини у фіксувальній пов'язці тривалий час (9 міс.) в трьох положеннях. Проте, при цьому було отримано таку кількість ускладнень (асептичних некрозів голівки), від яких відмовилися повсюдно, але окремі його елементи лежать в основі фіксування гіпсовою пов'язкою в перші три місяці. У ці терміни замість гіпсових пов'язок в деяких клініках застосовують спеціальні шини (наприклад, пластмасову шину Волкова М.В.). Терміни лікування в цьому віці різні, але коливаються в межах від 4 до 7 місяців. Ускладнення складають 8,9%, невдачі - 1,2% випадків.

Старше за три роки (але іноді з 9 міс.) удаються до відкритого вправлення природженого вивиху стегна. У віці 5 років і старше просте вправлення часто не досягає успіху. Тому, його поєднують з деротаційними остеотоміями, остеотоміями з укороченням стегна в області (остеотомія по Богданову) рожна, з поглибленням вертлюгової западини і укутуванням голівки стегна капсулою кульшового суглоба (операція Колона).

У віці 14 років і старше часто удаються до позасуглобових операцій (Солтера, Хіарі, Кенігу, пелюсткова реконструкція даху вертлюгової западини та ін.). У наступному можуть виникати проблеми диспластичних коксартрозів,

аваскулярних некрозів голівки стегна, контрактур, які частково розглядалися нами в інших лекціях, а частково не можуть бути уміщені в коротку учбову програму Вашої підготовки.

Природжена клишоногість (pes equino - excavato - adducto - varum)

Природжена клишоногість спостерігається частіше у хлопчиків (68%), причому, вона буває двосторонньою у 38-40% хворих. Консервативні методи лікування природженої клишоногості були розроблені В.О. Орловим (1874) і Н.Ф. Гагманом (1878). Рання діагностика, загалом, не складна. Орієнтуються на наступні основні симптоми:

- згинальна контрактура (еквінус) стопи,
- приведення переднього відділу (аддукція) стопи,
- порожниста стопа,
- варус п'яти.

Лікування включає наступні елементи:

- перші два тижні ЛФК і бинтування стопи по Фінку-Еттінгену,
- етапні гіпсові пов'язки з послідовним усуненням перерахованих вище деформацій із зміною гіпсових пов'язок кожні два тижні.

Успіх - 80-90% спостережень. Деякі автори дають більше песимістичні відомості. Залежить від своєчасності, якості і послідовності лікування. При правильному лікуванні переважне число хворих видужує.

При неефективності у дітей удаються до операцій на капсульно-зв'язковому апараті (операції капсуло-фасціо-лігаментотомії по Зацепіну, Штурму). На скелеті оперують після 14 років - серповидна резекція стопи по Куслику, трьохсуглобовий артродез по Лямбринуді і ін. Останні роки широко використовують методи Г.А. Ілізарова. Одним з прибічників і авторів методик є Гафаров - директор Казанського ортопедичного центру.

Природжена м'язова кривошия (torcicolli)

Природжена м'язова кривошия є однією з найбільш поширених аномалій ОРС і складає до 31% по відношенню природжених ортопедичних захворювань і 3% відносно усіх ортопедичних захворювань.

Теорії: травматична, запальна, диспластична і ін. При цій деформації укорочення однієї з *m.sternokleidomastoideus* призводить до нахилу голови у бік зміненого м'яза, поворот - в протилежну. Окрім асиметрії обличчя, черепа, виникає вторинна деформація тулуба, асиметрія надплічч і сколіотична осанка, яка може стати початком сколіотичної хвороби. Ключиця підведена і зміщена. Надпліччя і лопатка на хворій стороні стоять вище і внутрішній край лопатки далі знаходиться від грудної клітки і ін. Діагностика не складна у віці 3 тижня і більше. Більше рання діагностика скрутна.

Лікування: на першому етапі - ЛФК, фіксувальні пов'язки. У віці 3 року і старше - операції на м'язах ший. Найбільш популярні операції - операція Т.С. Зацепіна з резекцією стернальної і ключичної ніжок грудино-ключично-сосковидного м'яза і розтином фасцій ший.

5. Матеріали активізації здобувачів під час викладання лекції.

Питання для контролю засвоєння матеріалу:

1. Які ознаки природженої м'язової кривошиї виявляються при огляді і пальпації у новонародженого?
2. Чим обумовлено виникнення цього захворювання?
3. У якому віці призначається корегуюча гімнастика при кривошиї і хто її проводить?
4. До якого віку проводиться консервативне лікування кривошиї?
5. У чому суть хірургічного лікування м'язової кривошиї по Т.С. Зацепіну?
6. Які методи фіксації використовуються після хірургічного втручання?
7. Які ускладнення виникають при нераціональному лікуванні?
8. Які основні елементи деформації стопи при типовій вродженій клишоногості?
9. З якого віку починається корегуюча гімнастика при клишоногості?

10. Який принцип хірургічного втручання при вродженій клишоногості?
11. Які анатомо-біомеханічні зміни нижніх кінцівок виникають у хворих з уродженою клишоногістю, що не лікувалися?
12. Як клініко-рентгенологічно відрізнити дисплазію від вродженого вивиху стегна?
13. У якому віці в нормі на рентгенограмі з'являється ядро скостеніння голівки стегнової кістки?
14. Що таке рентгенологічна тріада Путті?
15. Які існують ознаки вродженого вивиху стегна у новонародженого?
16. Яке функціональне лікування призначається після діагностики вродженого вивиху стегна, спосіб фіксації кульшових суглобів?

6. Загальне матеріальне і методичне забезпечення лекції:

- навчальне приміщення - *конференц-зал кафедри;*
- устаткування - *комп'ютер, мультимедійний проектор;*
- ілюстративний матеріал - *мультимедійна презентація.*

7. Література, яка використана лектором для підготовки лекції.

1. Избранные лекции по ортопедии и травматологии / под. ред. В.Ф. Прозоровского – Х. : Коллегиум, 2014. – 464 с.
2. Ортопедія і травматологія / за ред. проф. О.М. Хвисюка. – Х., 2013. – 656 с.
3. Травматологія та ортопедія : національний підручник / під ред. Г.Г. Голка, О.А. Бур'янова, В.Г. Климовицького. – Вінниця : Нова книга, 2014. – 415 с.
4. Журнали:
 - Ортопедия, травматология и протезирование;
 - Вісник ортопедії, травматології та протезування;
 - Травма;
 - Літопис травматології та ортопедії;
 - Гений ортопедии.