

ВЛИЯНИЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА НА РАЗВИТИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

А.М. Герасименко

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. Проведено скрининговое исследование тазобедренных суставов детей первых шести месяцев жизни. Использовалась ультразвуковая методика R. Graf (1989). Метод позволяет дифференцировать суставы по 10 типам на основании измерений углов α и β . Определены типы тазобедренного сустава у детей первых шести месяцев жизни с разным предлежанием плода. Установлена частота встречаемости дисплазии тазобедренного сустава у детей первых шести месяцев жизни в зависимости от предлежания плода.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, ультразвуковое исследование, предлежание плода, тазовое предлежание, дисплазия тазобедренного сустава.

FETAL PRESENTATION INFLUENCE ON HIP JOINT DEVELOPMENT IN SIX-MONTH-OLD CHILDREN

A.M. Gerasimenko

Belorussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Summary. Screening study of hip joints was carried out. Ultrasonic R. Graf method (1989) was used. Method allows to differentiate joints into 10 types based on the measurement of α and β angles. The incidence of various types of hip joints in six-month-old children was carried out. The incidence of various hip dysplasia in six-month-old children was carried out.

Keywords: hip joint, ultrasonography, fetal presentation, pelvic presentation, hip dysplasia.

Введение. Головка бедренной кости у детей первых месяцев жизни состоит из хрящевой ткани. Ядро окостенения головки бедра появляется в 3–5 месяцев жизни, реже – на 6-й неделе жизни: у девочек в 4 месяца жизни, у мальчиков в 6 месяцев. Окостенение завершается на 8-м месяце жизни. При дисплазии тазобедренного сустава (ДТБС) ядра окостенения появляются позже, размеры их меньше, они развиваются медленнее. На формирование тазобедренного сустава (ТБС) оказывает влияние целый ряд внутренних и внешних факторов, к которым относятся и предлежания плода [1, 2].

При исследовании ТБС детей первых шести месяцев жизни в настоящее время наиболее часто применяется ультразвуковое исследование. Оно позволяет достоверно определить угловые величины сустава и размеры ядер оксификации. Кроме того, метод является неинвазивным и не подвергает ребенка облучению [3–5].

Анализ строения 810 ТБС 405 детей первых шести месяцев жизни проводился на основании ультразвуковой методики R. Graf (1989). Дифференцировка ТБС по типам осуществлялась путем измерения углов α и β . Угол α – угол между основной линией и линией костной крыши, угол β – между основной линией и линией хрящевой крыши (табл. 1).

Таблица 1

Соответствие углов β и α ультразвукографическим типам ТБС R. Graf (1989)

Ультрасонографический тип ТБС	Угол β , °	Угол α , °
1А	<55	>60
1В	<55	>60
2А	>55	50–59
2В	>55	50–59
2С	70–77	43–49
3А	>77	<43
4	>77	<43

У 347 детей (85,7 %) при рождении наблюдалось головное предлежание, у 58 (14,3 %) – тазовое предлежание.

У детей, родившихся при головном предлежании плода, частота встречаемости типа 1А составила 23,34 %; 1В – 0,86 %; 2А – 59,37 %; 2В – 12,68 %; 2С – 1,15 %; 1А–2А – 0,86 %; 1А–2В – 0,58 %; 2В–1В – 0,86 %; 2В–1А – 0,29 %. Типов 2D, 3А, 3В и 4 не выявлено. В настоящем исследовании диспластическими считались суставы типов 2С, 2D, 3А, 3В, 4. Таким образом, частота ДТБС составила 1,15 % (табл. 2).

У детей, родившихся при тазовым предлежании плода, частота встречаемости типа 1А составила 8,62 %; 2А – 46,55 %; 2В – 10,34 %; 2С – 25,86 %; 3А – 3,45 %; 4 – 3,45 %; 2А–1А – 1,72 %. Типов 1В, 2D, 3В и 4 не выявлено. Частота ДТБС составила 32,76 % (см. табл. 2).

Таблица 2

Распределение ТБС по типам в зависимости от предлежания плода

Характеристика ТБС	Головное предлежание	Тазовое предлежание
Тип 1А, %	23,34	8,62
Тип 1В, %	0,86	0
Тип 2А, %	59,37	46,55
Тип 2В, %	12,68	10,34
Тип 2С, %	1,15	25,86
Тип 3А, %	0	3,45
Тип 4, %	0	3,45
Тип 1А–2А, %	0,86	0
Тип 1А–2В, %	0,58	0
Тип 2А–1А, %	0	1,72
Тип 2В–1А, %	0,29	0
Тип 2В–1В, %	0,86	0
ДТБС/n(ТБС), %	1,15	32,76

Заключение. Таким образом, у детей, родившихся при тазовом предлежании плода, вероятность развития ДТБС значительно выше, чем у детей, родившихся при головном предлежании плода. В связи с этим необходимо уделять особое внимание контролю развития ТБС у детей, родившихся при тазовом предлежании плода.

Список литературы

1. Айвазян А.А. Подходы к лечению дисплазии тазобедренного сустава, учитывая вероятность гипердиагностики у новорожденных // Медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 134–135.
2. Джураев А.М., Усмонов Ш.У., Зуфаров Г.Р. Диагностика остеопении и остеопороза у детей с врожденными вывих бедра // Остеопороз и остеопатии. – 2016. – № 2. – С. 94–95.
3. Алешкевич А.И., Норко Р.М. Методика ультразвуковой диагностики врожденного вывиха тазобедренного сустава у детей // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр.: в 2 т. Т. 2 / Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2011. – С. 159.
4. Баиндурашвили А.Г., Чухраева И.Ю. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов в структуре ортопедического скрининга новорожденных (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 3. – С. 171–178.
5. Зеличенко И.Г. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей первого года жизни // Вестн. Санкт-Петерб. ун-та. Сер. 11. Медицина. – 2008. – № S1. – С. 162–164.