Лечение ... пеленками

14 мая 2008 г.

Лечение... пеленкамиШирокое пеленание как средство профилактики дисплазии тазобедренных суставовЛариса Богушевская Ортопед

Журнал "9 месяцев"№09 2004

Современные молодые мамы часто спорят о необходимости пеленания малыша. На этот счет высказываются разные мнения: есть сторонники тугого пеленания (в основном это люди, растившие своих детей лет 30—40 назад и следовавшие тогдашним рекомендациям), многие предпочитают свободное пеленание или вообще не пеленают малышей. Но существуют заболевания, при которых пеленание необходимо не только как гигиеническое, но и как лечебное мероприятие. Одно из них - врожденная дисплазия (недоразвитие) тканей и элементов тазобедренных суставов или, как это называют в быту, врожденный вывих бедра.

Дисплазия тазобедренных суставов — порок развития всех или части элементов тазобедренного сустава: вертлужной впадины, головки бедренной кости с окружающими мышцами, связками, капсулой, заключающийся в недоразвитии их тканей. Эта врожденная патология опорно-двигательного аппарата выявляется у новорожденных и детей грудного возраста (по разным данным, она имеется в 5—40 случаях из 1000). У девочек она встречается в 5 раз чаще, чем у мальчиков, и в 10 раз чаще наблюдается у детей, родившихся в ягодичном предлежании. Одностороннее недоразвитие тазобедренного сустава отмечается в 7 раз чаще, чем двустороннее. По степени выраженности различают предвывих, подвывих, вывих бедра (самая тяжелая степень дисплазии).

Что такое дисплазия тазобедренных суставов?

Итак, что же представляет собой тазобедренный сустав в норме? Основными его элементами являются шарообразная головка бедра и полукруглая, охватывающая головку со всех сторон вертлужная впадина. Их объединяет эластичная, прочная суставная капсула, которая при движениях в суставе не позволяет головке бедра выходить за пределы впадины. Суставной капсуле в этом помогает мощная связка головки бедренной кости, соединяющая между собой центры основных элементов сустава.

В недоразвитом суставе может быть замедлен процесс окостенения головки бедренной кости. Капсула сустава, особенно в задней и верхней ее части, может быть еще слишком тонкой, а вертлужная впадина — не достигать нужного размера. Иногда форма вертлужной впадины бывает плоской, образно напоминающей блюдце, а не чашку. Часто связки тазобедренногосустава, в том числе и связки головки бедренной кости, бывают излишне расслабленными. При движениях головка бедра начинает перемещаться в сторону недоразвитого участка впадины и, не встречая достаточного сопротивления, в конце концов выскакивает из нее. Это застав­ляет находящиеся рядом мышцы натягиваться, увеличивает взаимное давление хрящевых суставных поверхностей друг на друга, что ухудшает циркуляцию крови и лимфы, замедляет об­менные процессы, а значит, и рост сустава.

Со временем происходит разрушение хрящей, появляется воспаление тазобедренного сустава (или обоих суставов) — диспластический коксартроз. Движения при этом заболевании ограничены, они сопровождаются болью, появляется хромота, быстрая утомляемость при ходьбе, изменяется походка и пр.

Почему возникает такая патология? Формирование дисплазии тазобедренных суставов происходит в последние месяцы внутриутробной жизни под влиянием неблагоприятных факто­ров. Из внешних факторов следует указать на тесное положение плода в матке, что бывает при маловодий, крупном плоде (чаще у первородящих) и при ягодичном предлежании. Определенное значение имеет и наследственная пред­расположенность: наличие в семье больных с врожденным вывихом бедра, коксартрозом. При обследовании семей, в которых рождаются дети с врожденным вывихом бедра, у родителей, братьев и сестер малыша выявляется ортопеди­ческая патология: чрезмерная подвижность в суставах верхних и нижних конечностей, искривление позвоночника, частые растяжения связок голеностопного сустава, уплощение сводов стоп. Все это говорит о наследовании слабости связочно-мышечного аппарата.

Зафиксировать ножки младенца можно не только при помощи пеленания. Можно самостоятельно сделать нехитрые приспособления, которые в дальнейшем помогут вам сэкономить время и силы при ежедневном одевании ребенка. В их основу ляжет закрепление проложенной между ногами пеленки не на бедрах, (как при припеленывании), а на плечах. Такая фиксация не даст пеленке сползти вниз, а малышу, соответственно, — свести ножки и изменить угол их разведения.

Вам потребуется обычная байковая пеленка, которую необходимо сложить так, чтобы получился прямоугольник размером 20 см х 40-50 см, и тщательно простегать через каждые 2-3 см. Затем к краю узкой стороны пришейте 2 пуговицы, а по другому краю— 2 лямочки (или резиночки) с прорезями для пуговиц или петельками на конце. По мере роста ребенка вам придется либо перешивать пуговки, либо проделывать дополнительные прорези в лямочках.

Более эстетично будет выглядеть своеобразный чехол для широкой пеленки. Его просто сшить из однотонной хлопчатобумажной ткани (лучше светлых оттенков, чтобы он хорошо сочетался с одеждой малыша). Такое приспособление фиксирует проложенную между ножками малыша пеленку сверху пуговицами, а по бокам — двумя парами завязочек.

Оба эти приспособления надеваются на ползунки или комбинезончик.

Диагностика

Диагностировать дисплазию тазобедренных суставов помогает осмотр новорожденного врачом еще в роддоме. Врач определяет, насколько хорошо разводятся ножки малыша в положении лежа на спине на ровной поверхности при сгибании их в коленных и тазобедренных суставах. В норме ножки разводятся на 180°, т.е. фактически ложатся на поверхность.

При малейшем подозрении на врожденную патологию суставов ребенка направляют к ортопеду, где проводится более точная диагностика и лечение заболевания. В настоящее время УЗИ тазобедренных суставов является наиболее достоверным и безопасным методом при диагностике патологии тазобедренного сустава у новорожденных и детей до 1 года и позволяет оценить строение не только костных структур тазобедренного сустава, но также хрящевых и мягкотканных компонентов сустава. УЗИ имеет минимальную лучевую нагрузку и, в отличие от рентгенологического метода, позволяет применять его для новорожденных и грудных детей два раза в месяц.

Плановые осмотры грудных детей ортопедом должны проводиться в возрасте 1 мес, 3 мес, 6 мес, 9 мес. и 1 год, с обязательным проведением УЗИ тазобедренных суставов всем здоровым детям однократно, а при дисплазии — УЗИ и рентгенологический контроль в динамике лечения.

Мама и сама может заподозрить у своего малыша патологию тазобедренных суставов:

по ограничению отведения бедра на стороне поражения, которое со временем нарастает;

по асимметрии ягодичных складок (в положении лежа на животе ягодично-бедренные и подколенные складки при вывихе и подвывихе располагаются выше, чем на здоровой ножке, иногда появляется дополнительная складка на бедре);

по укорочению нижней конечности на стороне поражения (правда, оно нехарактерно для первых 2 месяцев жизни ребенка и может отсутствовать при двухстроннем вывихе) и наружному повороту (ротации) нижней конечности, особенно во время сна.

Кроме того, при сгибании ножек в коленных и тазобедренных суставах может быть слышен посторонний звук (щелчок), которого в норме быть не должно. Все это должно заставить маму показать малыша ортопеду.

Но бывают случаи бессимптомного («немого») течения дисплазии, когда даже опытный врач не может заподозрить заболевание, основываясь исключительно на внешних проявлениях. Также необходимо отметить, что симптомы дисплазии часто бывают расплывчатыми, так как на первоначальных этапах ребенок почти не реагирует на наличие вывиха.

Для чего нужно широкое пеленание?

Независимо от того, есть ли подозрение на данную патологию или вы уже обследовали ребенка на наличие заболевания (а если оно подтвердилось, то тем более), необходимо поз­накомиться с широким пеленанием, при котором ребенок сохраняет естественную для него позу с несколько согнутыми и отведенными бедрами. Эту позу новорожденный обычно прини­мает самостоятельно, когда его разворачивают. Широкое пеленание способствует нормальному формированию тазобедренного сустава и предупреждает развитие подвывиха или вывиха бедра. Оно применяется в качестве лечебнойпроцедуры при раннем выявлении дисплазии нетяжелой степени с первых дней и иногда до 5—6-месячного возраста. Его основная лечебная задача — как можно раньше установить правильное соотношение головки бедра и вертлужной впадины, чтобы предупредить непоправимые изменения в суставе. Для широкого пеленания придуманы специальные трусики, но вполне можно обойтись и обыкновенными пеленками. На пеленальном столе расстелите в длину легкую пеленку, сверху положите другую большую пеленку, сложив ее по диагонали в виде треугольника (острые углы направлены в стороны, а прямой — книзу). Положите малыша в одноразовом подгузнике на пеленки, согните его ножки в коленных и тазобедренных суставах и отведите на 80—90° (возможно, ребенок и сам примет подобную позу). Боковыми концами пеленки поочередно оберните одно, а затем другое бедро (сбоку, спереди, с внутренней стороны, сзади), а нижний ее угол закиньте вверх, до уровня пупка. Проложите между ножками еще одну байковую пеленку, сложенную в несколько раз по длине, шириной 20 см. Далее оберните вокруг живота один край легкой пеленки, затем — другой — так, чтобы проложенная широкая пеленка была хорошо фиксирована. Нижний, свободный край расправляют, свободно загибают наверх, до подмышек, и фиксируют, закрепляя свободные концы пеленки за верхний край. Ножки ребенка должны быть зафиксированы по отношению к туловищу под углом 90°. Есть и другие способы широкого пеленания, но в любом случае важен принцип: ножки должны быть раскинуты и полусогнуты в коленях, то есть ребенок в пеленках должен лежать так, как он обычно лежит раздетым. Такая поза создает наиболее благоприятные условия для развития тазобедренного сустава. Ребенок быстро привыкает к широкому пеленанию, хорошо его переносит и при перепеленании самостоятельно удерживает ножки в нужном положении.

Часто одного широкого пеленания бывает достаточно для лечения вывиха и подвывиха бедра, т.к. в первые часы и дни жизни ребенка головка бедра легко вправляется во впадину. Конечно, подобная процедура накладывает некоторые ограни­чения на образ жизни мамы и малыша, но все трудности нес­ложно преодолеть. Таким несложным способом можно избе­жать серьезного увечья, которое возникает в тех случаях, ког­да диагноз ставится слишком поздно, особенно если ребенок уже начал ходить и головка бедренной кости оказалась по-настоящему вывихнутой. На этой стадии для излечения уже необходимы серьезные лечебные меры и хирургическое вме­шательство, причем процент благоприятных исходов умень­шается.

В заключение хочется отметить, что если у малыша есть риск развития патологии или если по каким-либо причинам вы не можете на первом месяце жизни проконсультировать ребенка у ортопеда и провести УЗИ тазобедренных суставов, то лучше начать широко пеленать малютку с первых дней жизни. Успех лечения при дисплазии тазобедренных суставов зависит от сроков начала лечения: чем раньше диагностировано забо­левание и начато лечение, тем больше шансов на успешный исход.

ссылка

Комментарии (4)

симптомы и др.

14 мая 2008 г.

Зачем малышу посещать ортопеда?Дисплазия тазобедренных суставов

Журнал "9 месяцев"№10 2003

Известно, что первый год жизни малыша — решающий во многих отношениях. Именно в это время определяется правильность формирования многих систем организма, в том числе и костной системы. Одна из самых распространенных ортопедических проблем новорожденного — это дисплазия тазобедренных суставов. Рассказать об этой патологии и ответить на вопросы, которые чаще всего волнуют молодых родителей, мы попросили хирурга-ортопеда Валерия АЛПАТОВА, врача высшей категории клиники «Мать и дитя».

— Многие мамы, узнав, что на первом году жизни ребенок должен обязательно наблюдаться у ортопеда, недоумевают: зачем, если у крохи как будто бы все в порядке?

— Заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первых месяцев жизни достаточно много. Чаще всего встречается дисплазия тазобедренных суставов, о которой и пойдет речь. Выделяют несколько степеней выраженности данной патологии, крайней из которых является вывих тазобедренного сустава. Опасность этого состояния заключается в том, что оно является скрытой врожденной патологией, т.е. своевременно распознать его может только специалист. Поэтому нередки случаи, когда диагноз ставится слишком поздно и драгоценное время, которое можно было бы использовать для лечения, упущено. К сожалению, такие ситуации всегда оборачиваются для ребенка серьезными последствиями, прежде всего связанными с грубыми нарушениями двигательного развития и, конечно, походки.

— Каковы причины возникновения дисплазии тазобедренных суставов?

— Дисплазия тазобедренных суставов возникает в результате неправильного развития составляющих элементов тазобедренного сустава — костно-хрящевой основы, связочно-капсульного или мышечного аппаратов сустава — во внутриутробном периоде. У девочек эта патология встречается в 4—7 раз чаще, чем у мальчиков. Причем в 10 раз чаще врожденный вывих бедра наблюдается у детей, родившихся в ягодичном предлежании.

Причиной дисплазии является задержка развития нормального тазобедренного сустава во время внутриутробной жизни плода, обусловленная наследственностью, «пожилым» возрастом родителей, инфекционными заболеваниями матери во время беременности, эндокринными патологиями, токсикозом (особенно первой половины беременности), ягодичным предлежанием плода. На развитие дисплазии могут оказать влияние также плохая экологическая обстановка, вредные условия труда, несбалансированное питание будущей матери, недостаток витаминов и минеральных веществ, способствующих правильному формированию соединительной ткани и минерализации хрящевой ткани.

— Когда у ребенка проверяют наличие симптомов дисплазии и каковы они?

— Диагностировать у новорожденного это заболевание врачи-неонатологи начинают еще в родильном доме. Кроме того, в 1, 3, 6 месяцев и в 1 год малыша должен осмотреть ортопед.

Заподозрить у малыша вывих можно, обращая внимание на следующие симптомы:

1) при попытке отвести бедро ребенок начинает плакать;

2) появляется симптом «щелчка» или соскальзывания (при отведении ножек в разные стороны происходит вправление вывиха, которое сопровождается щелчком, ощущаемым рукой);

3) асимметрия ягодичной складки (на стороне дисплазии ягодичная складка глубже и несколько выше);

4) укорочение ножки;

5) часто при дисплазии обнаруживается поворот стопы кнаружи.

Эти симптомы могут проявляться вместе или по отдельности. При их выявлении врач рекомендует провести ультразвуковую диагностику. Также для диагностики дисплазии используют рентгенографию, которая позволяет более точно определить степень заболевания.

— Как лечат данную патологию ?

— При менее выраженной степени заболевания лечение может ограничиваться широким пеленанием. В более тяжелых случаях применяют шины-распорки и другие специальные приспособления — вплоть до гипсования.

— Как можно обезопасить новорожденного ребенка от развития дисплазии?

— Врач-ортопед должен регулярно следить за физическими показателями развития вашего ребенка. Сроки, предназначенные для посещения этого специалиста, определены не случайно: каждый из них связан с определенными вехами в жизни малыша. При своевременной диагностике и адекватном лечении до 3-месячного возраста функции сустава практически полностью восстанавливаются. Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть, что ранняя диагностика имеет решающее значение для успешного лечения.

ссылка

дисплазия. источник 9 месяцев

14 мая 2008 г.

Дисплазия тазобедренных суставов

Илья Кульгускин

Врач-ортопед, детская городская больница №19 им. Т. С. Зацепина

Журнал "9 месяцев"№02 2002

Дисплазия - это нарушение образования органа или ткани. В нашей статье речь пойдет о дисплазиях опорно-двигательного аппарата, в частности - о дисплазии тазобедренного сустава, которая наиболее часто встречается у новорожденных. Закладка опорно-двигательной системы происходит на 4-5 неделе внутриутробного развития, окончательное ее формирование - после того, как ребенок начнет ходить. На любом этапе развития опорно-двигательного аппарата возможны нарушения. Наиболее частой их причиной являются генетические дефекты. Не случайно, если у матери или у ближайших родственников ребенка в младенчестве и детстве были ортопедические проблемы, то велика вероятность наследования таких отклонений. Под диспластическим синдромом в ортопедии понимают нарушение развития соединительной ткани, которое может проявляться в виде гипермобильности (повышенной подвижности) суставов в сочетании со слабостью соединительной ткани. Нужно понимать, что дисплазия - это не диагноз, а состояние, проявления которого встречаются при различных заболеваниях.

Рис. 1. Схема строения нормального тазобедренного сустава у новорожденного

1 - головка бедренной кости

2 - лимбус

3 - капсула тазобедренного сустава

4 - ядро окостенения головки бедренной кости

5 - подвздошная кость

6 - Y-образный хрящ

Одним из клинических проявлений дисплазии является вывих головки бедренной кости. Термин «дисплазия тазобедренного сустава» имеет, кроме общего, еще и частный смысл, являясь синонимом предвывиха бедра. Чтобы избежать путаницы, приведем классификацию дисплазий тазобедренного сустава. Различают три формы нарушений взаимоотношений суставных отделов тазобедренных суставов:

предвывих (рис. 3);

подвывих (рис. 2);

вывих бедра (рис. 3).

Рис. 2. Схема строения тазобедренного сустава при подвывихе бедра. Головка бедренной кости стойко смещается латерально (вбок) и кверху, но без выхода за пределы лимбуса. При этом лимбус оттесняется наружу прижатой головкой.

Особую группу составляют диспластические, незрелые тазобедренные суставы (часто без смещения головок бедренных костей и, соответственно, не требующие специального лечения).

Вывих головки бедра - это недоразвитие элементов, образующих сустав. Этот дефект развития может сформироваться вследствие первичного порока закладки соединительной ткани. В наибольшей степени здесь играют роль наследственные причины, в меньшей степени - воздействие вредных факторов окружающей среды и гормональные нарушения у женщины во время беременности. Эта патология новорожденных наиболее часто встречается у девочек (в пять раз чаще, чем у мальчиков) и у малышей, рожденных в тазовом предлежании. Нередко вывих бедра наблюдается у маловесных (меньше 2500 г) новорожденных. При тазовом предлежании у плода снижается объем движений в суставах, особенно в тазобедренном, а залогом нормального развития сустава является адекватный объем движений в нем. Небольшая масса плода обычно сочетается с малым количеством мышечной ткани, что увеличивает вероятность неправильного развития сустава. Кроме того, фактором риска развития вывиха бедра являются гинекологические заболевания матери (в данном случае наличие миомы матки, спаечный процесс в матке и др. процессы, которые могут затруднять внутриутробные движения ребенка).

Нужно ли говорить, что при несвоевременной диагностике и не вовремя начатом лечении вывиха головки бедра вместо здорового активного малыша можно получить инвалида, с трудом передвигающегося на ногах! При дисплазии тазобедренного сустава счет идет на недели или даже дни. Вот почему тщательный осмотр новорожденного на предмет врожденной патологии тазобедренного сустава проводится еще в роддоме. При наличии даже подозрения на патологию тазобедренного сустава ребенок сразу после выписки из родильного дома направляется к ортопеду. Второй раз участковый детский ортопед должен посмотреть ребенка в 1 месяц, третий раз - в 3 месяца, четвертый - в 6 месяцев и пятый раз - в 1 год или когда ребенок начинает ходить. Некоторые признаки вывиха бедра может заметить и внимательная мама (при одностороннем вывихе), обратив внимание на следующие симптомы:

одна ножка ребенка короче другой;

дополнительная складка на бедре;

симметрия ягодичных складок и ягодиц;

асимметрия при отведении ножек.

Рис. 3. Схема строения тазобедренного сустава при вывихе бедра.

Предвывих отмечается у новорожденных детей с перерастянутой капсулой сустава. У них отмечается симптом соскальзывания - головка бедренной кости легко вывихивается, но потом вправляется.

Вывих образуется двумя путями: (1) капсула тазобедренного сустава остается растянутой и сохраняется симптом соскальзывания (головка бедренной кости может быть в состоянии вправления и соскальзывания); (2) головка бедренной кости выскальзывает из вертлужной впадины, полностью теряя с ней контакт. Лимбус резко деформируется или заворачивается в полость сустава, увлекая часть суставной капсулы.

При двустороннем вывихе бедра возможна асимметрия ягодичных складок и ограничение отведения бедер. Кроме того, при сгибании ножек в коленных и тазобедренных суставах может быть слышен посторонний звук (щелчок), которого в норме быть не должно. При сведении ножек может быть видна промежность. Эти грозные признаки врожденного вывиха бедра должны привести маму с малышом к ортопеду.

Ортопед проводит клинический осмотр и при необходимости направляет ребенка на ультразвуковое исследование (УЗИ) тазобедренных суставов. Это безвредный метод обследования, однако он не всегда позволяет достоверно оценить состояние сустава, потому что не дает полного представления о взаиморасположении его элементов. А именно взаиморасположение элементов позволяет определить, есть ли патологические изменения в суставе. В большей степени УЗИ подходит для скрининга, то есть обследования всех новорожденных еще в роддомах на предмет патологии тазобедренных суставов. К сожалению, в нашей стране это еще не стало широко практиковаться. Кроме того, УЗИ может быть полезно в качестве контроля за эффективностью лечения.

При наличии дисплазии или подозрении на нее врач может назначить рентгеновское исследование тазобедренных суставов. Рентгенография позволяет объективно оценить состояние суставов.

Если же у вашего малыша все в порядке или дисплазия тазобедренного сустава была заподозрена, но не подтвердилась, то для профилактики вывиха бедра показано широкое пеленание (между ног ребенка укладывают свернутую пеленку или небольшую подушечку, что обеспечивает разведение ног в тазобедренных суставах и правильное положение головки бедра в вертлужной впадине) или отсутствие пеленания вообще. Врожденный вывих бедра редко встречается в странах, где не принято тугое пеленание детей (Африка, Корея, Вьетнам). Для правильного развития суставов необходим адекватный объем движений в них, а в покое - так называемое физиологическое (или естественное, предусмотренное природой) их положение. Все мамы обращают внимание на то, что ножки новорожденного в естественном положении согнуты в коленях и разведены. Стоит ли быть мудрее природы, пытаясь выпрямить и туго стянуть ноги малыша пеленкой?

Если ортопед подтверждает диагноз вывиха (а также подвывиха или предвывиха) бедра, то лечение начинают немедленно. Необходимо помнить, что лечение врожденного вывиха бедра длительное и комплексное. В ходе такой терапии применяют широкое пеленание, специальные отводящие шины, которые бывают съемными и несъемными, гипсовые повязки. Цель использования этих приспособлений - создание наиболее благоприятных условий для развития всех элементов сустава (головки бедренной кости и вертлужной впадины). Длительность ношения шины определяется в каждом случае индивидуально и может колебаться от нескольких месяцев до одного года. Самое главное - не прерывать лечения. Иногда случается, что родители снимают шины, не проконсультировавшись с ортопедом. Они не понимают серьезности ситуации, ведь в лечении врожденного вывиха бедра дорога каждая неделя.

Для лечения также широко используются физиотерапия, массаж, лечебная физкультура. Но родителям важно помнить о том, что массаж и лечебную физкультуру должен проводить только специалист. При консервативном (то есть безоперационном) лечении врожденного вывиха бедра ребенок долго не ходит. Понятно желание родителей увидеть свое чадо на ножках к исходу первого года жизни. Но без разрешения ортопеда ребенка ставить на ноги нельзя, ведь можно лишиться всех с таким трудом достигнутых успехов в лечении врожденного вывиха бедра.

При неэффективности консервативного лечения проводится операция. Суть операции - вправление головки бедренной кости и восстановление анатомического соответствия элементов тазобедренного сустава. Объем операции определяется сугубо индивидуально (иногда в процессе лечения может потребоваться несколько операций). После операции проводится длительная фиксация, затем восстановительное лечение с использованием адекватной физической нагрузки на суставы, лечебной физкультуры, массажа и физиотерапии.

Если врожденный вывих бедра не вылечен, то вследствие неправильной биомеханики (то есть движений) в суставе развивается диспластический коксартроз - тяжелое инвалидизирующее заболевание тазобедренных суставов, сопровождающееся болями, нарушением походки, снижением объема движений в суставе. Лечение такого состояния может быть только оперативным. Чем позже проводится операция, тем меньше вероятность полного выздоровления.

В заключение хочется добавить, что московский детский ортопедический центр бесплатно консультирует всех детей, направляемых из роддомов и детских поликлиник. Поэтому если у вас возникают вопросы, обращайтесь за консультацией к нам.

Личный опыт: наши проблемы с тазобедренными суставамиИрина З.Когда мою новорожденную девочку осматривали специалисты - педиатр, ортопед и невропатолог, никто из них не заподозрил никакой ортопедической патологии. Однако ортопед посоветовала в 1,5 месяца сделать УЗИ тазобедренных суставов, говоря о том, что по возможности это стоит делать всем младенцам. Я сама родилась с врожденным вывихом тазобедренных суставов и понимала, что в данном случае лучше перестраховаться. В заключении врача, проводившего УЗИ, стояло: «дисплазия тазобедренных суставов с явлениями децентрации головок (положение подвывиха)». Идя на УЗИ «для очистки совести», я совершенно не ожидала такого результата. Конечно, я была расстроена, но одновременно и рада, что мы сможем так рано начать лечение. Ортопед надела нам шину Виленского, зафиксировав ножки под нужным углом. Следующие 2 дня я вспоминаю с содроганием. Малышка все время хныкала, находилась на руках, ночью просыпалась через каждые 20-30 минут. Врач предупреждала, что ребенок может стать беспокойным, но я не думала, что будет так тяжело. К концу третьего дня я поняла, что девочка привыкла к новому приспособлению. Надо сказать, что оно достаточно гуманно: ребенок может сгибать ножки в коленках, но при этом угол между бедрами остается фиксированным. Шину мы не снимали даже «на минуточку» - только когда переодевали малышку, и то старались делать это как можно быстрее. Для купания же пришлось сделать самодельную шину (к палочке той же длины, что и постоянная шина, приделали манжетки на пуговичках).Помимо шины, нам назначили массаж (который тоже делали, не снимая шину) и электрофорез с кальцием и фосфором. Ребенок настолько привык к шине, что, казалось, не замечал ее. Через 2 месяца мы сделали контрольное УЗИ, отметили положительную динамику: головки уже были центрированы, однако осталась незрелость крыш вертлужных впадин. Ортопед раздвинула шину, т.к. девочка за это время подросла. Еще через 2 месяца, после третьего УЗИ, ортопед, поздравив нас, разрешила снять шину. Однако я по своей инициативе оставляла ее первое время на ночь. Через несколько дней дочка уже сама не давала ее надевать. Пошла она в 11,5 месяцев. Сейчас ей год и месяц, она активный, веселый ребенок. Однако я думаю, что все могло бы быть совсем иначе, поленись я в свое время съездить на УЗИ.ссылка

еще одна инфа, которую я правда не разделяю.

14 мая 2008 г.

Многие малыши с дисплазией тазобедренных суставов имеют слабость связочного аппарата, что может привести к подвывиху. Было подсчитано, что 60% детей с дисплазией тазобедренных суставов — первенцы, а 30-50% — имели ягодичное предлежание. В настоящее время еще в роддоме каждого новорожденного осматривает специалист. Однако дефект развития тазобедренных суставов проявляется по-разному и не всегда определяется при рождении. Тем не менее, родителям следует знать некоторые, наиболее частые симптомы этой патологии. Поскольку, если пропустить аномалию развития тазобедренного сустава у младенца, боли или явное нарушение походки привлекут внимание к этой проблеме позднее. У таких детей появляются жалобы на хромоту, «утиную» походку, искривление позвоночника и привычку ходить на пальчиках.

Самый постоянный признак врожденного вывиха бедра, как и дисплазии тазобедренных суставов - это ограничение пассивного отведения бедер. Проверьте: положив ребенка на спину, согните его ноги в тазобедренных суставах под прямым углом и мягко разведите его бедра в стороны. Со стороны поражения сустава, как правило, наблюдается пассивное отведение. Если же ребенок «не дает» этого сделать, легко определить ограничение движения, положив его на живот и согнув ноги, как при ползании. Еще один признак данного заболевания — ассиметрия складок на бедрах и ягодицах. Наружный поворот или ротация, как и симптом соскальзывания (щелчок при разведении суставов), определяются реже.

Когда ребенок начинает ходить, отличительным признаком дисплазии тазобедренных суставов считается аномальная походка, как результат неодинаковой длины конечностей. Серьезный повод встревожиться - повернутые вовнутрь или наружу пальцы одной из ног.

Для подтверждения или исключения заболевания немедленно обратитесь к ортопеду. Рентгеновское или ультразвуковое исследование помогут уточнить диагноз. Следует помнить, что у новорожденного формирование сустава еще не завершено, поэтому крайне важна ранняя диагностика заболевания и максимально раннее начало лечения: чем раньше оно начинается, тем быстрее устраняется проблема.

Широко применяется функциональный метод, включающий лечение положением с использованием стремян, специальный массаж и приемы лечебной гимнастики. Использование широкого пеленания считается нежелательным, так как широкий слой подгузников только растягивает бедро и не приводит к его правильному развитию. Эффективнее будет в течение одного-двух месяцев поддерживать ножки в согнутом или разведенном положении. Для этого используют стремена Павлика или шину Фрейка. Следует знать, что первое время стремена должны быть на ребенке круглосуточно, поэтому заранее проконсультируйтесь у врача, как одевать «стреноженного» ребенка, купать, кормить и перевозить. При правильном использовании стремян Павлика эффект составляет 95%.

Если спонтанное вправление бедра у детей 6~18месяцев не происходит, прибегают к закрытому вправлению под наркозом. В более позднем возрасте прогрессирующая деформация требует операционного вмешательства.

ссылка

Нетрадиционный взгляд на лечение дисплазии тазобедренных суставов

14 мая 2008 г.

Нетрадиционный взгляд на лечение дисплазии тазобедренных суставов

Если подойти к проблеме дисплазии у грудных детей по-новому, то следует признать: традиционное лечение зачастую только мучает малышей

Благодаря публикациям в «Здоровье по-киевски» вы уже знакомы с мануальным терапевтом Геннадием Игнатьевым. Геннадий Васильевич считает, что практически 70% всех болезней «родом из детства», а некоторые из них развиваются еще в утробе матери.

Даже среди врачей хирургов, травматологов, ортопедов – нет единого мнения о дисплазии тазобедренных суставов (ДТС). Проявляется она по-разному и не всегда определяется сразу после родов. Суставы могут быть «нормальными» при рождении и в первые несколько месяцев развития, но позже диагностироваться как патологические. При первичном осмотре дать точную диагностику не может даже очень опытный ортопед, хотя предрасположенность к ДТС можно прогнозировать с первого дня жизни.

Увы, за последние 30–40 лет в лечении ДТС ничего не менялось, за исключением различных ортопедических приспособлений и испытании их на детях: стремена Павлика, шина Фрейка, Розена, Волкова, Шнейдерова, Гневковского... Да, ортопедические приспособления нужны при истинном вывихе бедра, но их назначают чуть ли не каждому грудничку «с подозрением». При этом психика ребенка нарушается – в первое время он плаксив, беспокоен, затем – подавлен, угнетен, замкнут, безразличен ко всему.

Начало на стр.1

Ортопеды подходят к этой проблеме однобоко, рассматривая только нарушения в тазобедренных суставах, забывая о целостности всего организма. На самой ранней стадии заболевания не стоит мучить малыша ортопедическими приспособлениями. Ребенок с каждым днем должен познавать мир, испытывать динамические нагрузки на тазобедренные суставы, при которых улучшается кровообращение, восстанавливаются все функции, происходит нормальное физиологическое развитие суставов и тканей, окружающих их.

Большинство узких специалистов критически подходят к новшествам. Но доктор Игнатьев был приятно удивлен, побывав в 2002 году на Международной конференции по мануальной терапии: не он один противник устаревших методов лечения дисплазии. Конечно, мануальные методы в руках неспециалиста могут нанести непоправимый вред здоровью пациента. Но выбор – массаж или ортопедические приспособления – есть. Либо стремена, стельки от плоскостопия, корсеты от сколиоза, костыли, инвалидная коляска, либо мануальная медицина. Только нужно помнить, что каждый потерянный в детстве день невосполним. Не давайте организму приспосабливается к проблемам – ищите пути их решения.

В тяжелых случаях, к примеру, при истинном вывихе, доктор Игнатьев за то, чтобы лечение проводилось комплексно: совместно мануальная терапия и ортопедия, в крайних случаях – нужна и хирургия.

Если вам говорят, что ребенок с ДТС не будет ходить или будет хромать, не верьте. Вероятность хромоты есть только при крайней форме дисплазии – при истинном вывихе бедра. Остальные дети ходят нормально и внешне практически не отличаются от своих сверстников до определенного возраста. Но этим детям гарантированы не менее страшные заболевания – сколиоз, остеохондроз со всеми сопутствующими болезнями. К сожалению, сколиоз ждет и тех детей, которых мучили, одевая в детстве в стремена, различные приспособления, делали массажи и т.д.

– Я чувствую, что вы мне хотите задать вопрос – откуда же берется дисплазия? – говорит Геннадий Васильевич.

– Именно.

– Смотрите, тут без терминов не обойтись. При функциональном блокировании в шейном отделе позвоночника напрягается верхняя доля трапециевидной мышцы, одновременно происходит напряжение и в нижней доле, в грудном отделе позвоночника. Одновременно происходит блокирование в пояснично-крестцовом и подвздошно-крестцовом сочленениях. В результате этого поднимается выше с одной стороны гребень подвздошной кости, т. е. таз – происходит перекос таза (скрученный таз). О каких стременах в таком случае можно говорить, если с одной стороны нога выглядит короче другой. Соответственно головка бедра по отношению к другой расположена ассиметрично. Любые динамические нагрузки в таком случае болезненны. И никакой массаж, и никакие ортопедические приспособления не исправят ситуации. При этом имеет значение каждый потерянный час, день, не говоря уже о неделях и месяцах. Лечение должно проходить комплексно, с применением мануальной диагностики и терапии, можно успешно исправлять многие проблемы с первого дня жизни малыша.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

Как не пропустить ДТС?

Не забудьте о предрасположенности:

– Ягодичное предлежание плода, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных, стопы находятся у плеч.

– Гинекологические заболевания у матери, которые могут затруднять внутриутробное движение ребенка.

– Генетическая предрасположенность, если у кого-то из родителей был вывих бедра.

– Воздействия внешних факторов окружающей среды.

– Гормональное нарушение у женщин во время беременности.

– Недоношенность.

Что должно насторожить родителей

До 1 месяца. Повышенный тонус мышц спины, одна ножка короче другой, дополнительная складка на ягодице, ассиметрия ягодичных складок и ягодиц, ассиметрия при отведении ножек в сторону, кривошея.

3–4 месяца. При сгибании ножек в коленных и тазобедренных суставах может быть слышен щелчок, плосковольгузная стопа – пяточка находится не на одной линии с голенью. Одна нога короче другой.

6 месяцев и старше. Привычка вставать и ходить на пальчиках, при походке вывернутые вовнутрь или наружу пальцы одной или двух ног, косолапость. Чрезмерное искривление позвоночника в поясничном отделе – горизонтальный таз, походка, «как у уточки». Визуальное легкое искривление позвоночника, сутулость. Одна нога короче другой.

Что такое дисплазия?

Это недоразвитие органа или тканей у грудничков (чаще у девочек, чем у мальчиков), при котором элементы тазобедренного сустава расположены асимметрично.

Различают три вида ДТС: предвывих, подвывих, вывих бедра.

При предвывихе головку бедренной кости можно свободно передвигать внутри сустава, при этом окружающие сустав связки ослаблены, образуется нестабильность.

Подвывих – головка бедренной кости может выскакивать и возвращаться на свое место в сустав, при этом, как правило, слышен глухой щелчок.

Вывих – крайне редкое явление, на 1000 рожденных детей у одного такая патология. При вывихе головка бедренной кости лежит вне сустава, что может привести к инвалидности, если не проводить своевременное лечение или лечить неправильно.

Предвывих и подвывих встречаются у каждого второго-третьего ребенка, бывают односторонним и двухсторонним, протекают практически безболезненно в детском возрасте, ребенок при этом может бегать, прыгать, быть жизнерадостным. Но если своевременно не начать лечение с первых дней жизни, то в более позднем возрасте развивается сколиоз, остеохондроз и масса сопутствующих заболеваний.

Случай из практики

Что может мануальный терапевт

К нам обратились две мамы. В 3 месяца их детям поставили диагноз ДТС. На протяжении года они носили стремена, ходили в бассейн, делали массажи, электрофорезы. Через год сделали контрольный снимок. Оказалось, один ребенок – здоров, у другого дисплазия осталась. Мама первого ребенка, успокоившись, ушла, а другой ортопед сказал: «Мамаша, куда вы смотрите?! Ваш ребенок будет инвалидом, срочно надевайте стремена еще на 6 месяцев». Но она начала искать альтернативу, отказавшись наотрез от стремян. Так ребенок попал ко мне на прием. Первичный осмотр: заметная ассиметрия лица, незначительное косоглазие, кривошея, тоническое напряжение мышц шеи, спины, перекос таза, одна нога короче другой... Провели коррекцию позвоночника, конечностей, мануальную терапию живота: ребенок изменился на глазах, многие видимые симптомы исчезли после первого приема. На медосмотре в первом классе хирург сделал заключение – ребенок полностью здоров, а вот у первого ребенка, которому ортопеды в 1 год и 3 месяца сказали, «что он здоров», – оказался сколиоз I степени. Делайте выводы

ссылка

Комментарии (2)

"медицина - наука неточная"

14 мая 2008 г.

Это устрашающее название приводит в трепет большинство родителей, часто ими обсуждается в связи с необходимостью ношения шин и прочих приспособлений.

Попробуем беспристрастно разобраться в данной ситуации, принимая во внимание тот факт, что "медицина - наука неточная".

1. Итак, даже среди врачей-ортопедов нет единого, чётко очерченного понятия диагноза "дисплазии тазобедренных суставов"( далее - ДТС). Это подтверждается результатами прошедшей в России в 2002 году всеобщей диспансеризации детей. Например, в группе детей до года в некоторых районах Санкт-Петербурга частота дисплазии тазобедренных суставов (ДТС) составила 40% (то есть почти у каждого второго ребёнка), в других же районах уровень дисплазии тазобедренных суставов (ДТС) составил 3 - 8 %. Естественно , разные районы города не могут настолько отличаться по частоте ДТС. Значит, врачи-ортопеды разных поликлиник абсолютно по-разному подходят к выставлению диагноза "дисплазии тазобедренных суставов".

2. Далее. Зачем всё это делается? То есть зачем врачи так тщательно и упорно назначают лечение ДТС ?

Если Вам говорят, что ребёнок с дисплазией тазобедренных суставов (ДТС) не будет ходить или будет хромать, то это не так.

Вероятность хромоты есть только при крайней форме дисплазии тазобедренных суставов (ДТС)( полном вывихе бедра) , который встречается у 1 на 1000 детей, и то при отсутствии лечения либо его неудаче. Остальные дети с дисплазией тазобедренных суставов (ДТС) ходят нормально и внешне ничем не отличаются от своих сверстников. Так что всё это делается с целью предотвращения преждевременного нарушения тазобедренного сустава во взрослом возрасте. Сустав, имеющий полную стыковку (центрацию) головки бедра и впадины хорошо служит всю жизнь, суставы с нарушением центрации изнашиваются быстрее в силу неравномерности распределения нагрузки.

Достоверно выявить степень центрации можно только путём УЗИ либо рентгенологического исследования.

Качество инструментальных методов исследования определяется рядом факторов: правильностью укладки пациента, правильным выбором датчиков и характеристик излучений, разрешающей способностью аппаратуры и т.д. Уровень соблюдения данных параметров всегда виден на рентгенограммах либо сонограммах ( УЗИ-изображениях). Итак, ещё раз подчеркнём, что признак центрации сустава является наиболее важным, определяющим будущее развитие и функцию. Остальные признаки , выявляемые у малышей при инструментальном обследовании тазобедренных суставов, необязательно указывают на патологию и могут встречаться у полностью здоровых детей ( отсутствие или замедленное появление ядер окостенения головок бедренных костей, слабое развитие костной части впадины и пр.)

Тут мы вплотную подошли к следующему разделу обсуждения проблемы ДТС.

3. Естественно, что каждый ребёнок индивидуален, и Вас ( родителей) не пугает то обстоятельство, что у ребёнка в 5-6 месяцев ещё нет зубов и, к примеру, не "закрылся" большой родничок. Вы уверены, что и зубы вырастут, и родничок затвердеет. Хотя оба эти состояния можно описать как "дисплазия рта" и "дисплазия черепа". Точно так же и с признаком ДТС. Ведь по сути ДТС - это слабое, неполное развитие сустава. В большинстве случаев оно является естественной особенностью организма маленького ребёнка, и гораздо реже признаком заболевания.

Таким образом, проблема дисплазии тазобедренных суставов (ДТС) является таковой для родителей больше из-за устрашающего звучания диагноза и отсутствия житейского опыта на эту тему, чем из-за действительной серьёзности отклонений в развитии тазобедреннного сустава.

ссылка

там же есть консультация он-лайн.

Комментарии (1)

Полезная информация о массаже

14 мая 2008 г.

Массаж делать в положении малыша на спине (обхватывая весь сустав). Но можно, положить на спину и массировать переднюю поверхность бедер, а лежа на животе заднюю поверхность.

Начинайте с поглаживания: руки плотно прилегают к телу в области тазобедренного сустава, давление не должно быть сильным, руки не смещают кожу, а скользят по ней. Делают спиральные движения большим и указательным пальцами или всей ладонью. Исключают внутреннюю поверхность бедер (около половых органов). Продолжительность поглаживания 3-5 минут, затем переходят к растиранию.

Растирание.Давление сильнее, чем при поглаживании, происходит не скольжение, а смещение кожи. На пораженных суставах растирание дает хороший эффект. Его лучше делать подушечками пальцев, проникая глубоко в мышцы. Растирание можно делать такой же техникой, что и поглаживание. Продолжительность 10 минут.

Кроме того, полезно делать растирание поясничной области, ягодиц и массаж стопы для улучшения циркуляции крови.

Гимнастика. Гимнастику делают 2-3 раза в день, каждое упражнение по 10-15 раз. Помогут следующие упражнения (делаются в положении ребенка лёжа на спине):

· “велосипед” - согните ноги в коленях и тазобедренных суставах и имитируйте езду на велосипеде.

· Сгибание-разгибание ног вместе и по очереди (одна нога согнута в коленке, другая прямая и так чередуем ноги).

· Согните ноги в коленях и тазобедренных суставах, делайте вращательные движения по оси внутрь – одной рукой зафиксируйте тазобедренный сустав, другой рукой обхватите колено ребенка и, слегка надавливая на него, производите вращение бедра внутрь.

ссылка