

УДК 615.828:616-007.17:616.728.2:616-053.3
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-39-49>

© Н. А. Фабристова, И. Р. Гайнуллин, 2021

Исследование возможной эффективности остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов

Н. А. Фабристова¹, И. Р. Гайнуллин^{1,2,*}

¹ «Клиника остеопатии Гайнуллина»
420066, Казань, ул. Комсомольская, д. 1

² Институт остеопатии
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А



Введение. Врожденная дисплазия тазобедренных суставов занимает одно из первых мест среди врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и предполагает длительный период лечения, в том числе и в условиях стационара. Стандартные методы лечения заключаются в применении ортопедических и реабилитационных мер: использование абдукционных шин, комплекса лечебной физкультуры, общего массажа, применение различных физиотерапевтических процедур. Остеопатическая коррекция не входит в стандарты помощи данной категории больных. В то же время, стандартные методы лечения не всегда дают желаемый результат, а иногда даже приводят к развитию осложнений. Все это определяет необходимость поиска дополнительных лечебных методик.

Цель исследования — изучить возможную эффективность остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов.

Материалы и методы. В исследование были включены 34 ребёнка с диагнозом дисплазии тазобедренных суставов (код по МКБ-10 — Q65.8). Пациенты были случайным образом разделены на две равнозначные группы — основную и контрольную. Участники обеих групп получали стандартное лечение, детям основной группы дополнительно была проведена остеопатическая коррекция выявленных соматических дисфункций. До и после курса лечения оценивали остеопатический статус участников, клинические проявления заболевания, данные рентгенографии тазобедренных суставов.

Результаты. Включение остеопатической коррекции в комплекс стандартных лечебных процедур для детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов сопровождается статистически значимым снижением частоты выявления соматических дисфункций регионального и локального уровня. Также уменьшается медианная длительность стандартного ортопедического лечения ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные результаты демонстрируют, что включение остеопатической коррекции в комплексное лечение детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов сокращает сроки лечения. Рекомендуется продолжить исследование в данном направлении на большем размере выборки.

*** Для корреспонденции:**

Ильдар Рустэмович Гайнуллин
Адрес: 191024 Санкт-Петербург,
ул. Дегтярная, д. 1, лит. А, Институт остеопатии
E-mail: bip33@yandex.ru

*** For correspondence:**

Ildar R. Gainullin
Address: Institute of Osteopathy, bld. 1A ul. Degtyarnaya,
Saint-Petersburg, Russia 191024
E-mail: bip33@yandex.ru

Для цитирования: Фабристова Н. А., Гайнуллин И. Р. Исследование возможной эффективности остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 39–49. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-39-49>

For citation: Fabristova N. A., Gainullin I. R. Investigation of the possible effectiveness of osteopathic correction in the complex treatment of children in the first year of life with hip dysplasia. Russian Osteopathic Journal. 2021; 4: 39–49. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-39-49>

Ключевые слова: дисплазия тазобедренных суставов, остеопатический статус, соматическая дисфункция, ацетабулярный индекс, остеопатическая коррекция

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Статья поступила: 25.08.2021

Статья принята в печать: 29.10.2021

Статья опубликована: 30.12.2021

UDC 615.828:616-007.17:616.728.2:616-053.3
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-39-49>

© Nuria A. Fabristova, Ildar R. Gainullin, 2021

Investigation of the possible effectiveness of osteopathic correction in the complex treatment of children in the first year of life with hip dysplasia

Nuria A. Fabristova¹, Ildar R. Gainullin^{1,2,*}

¹ «Gainullin Clinic of Osteopathy»

bld. 1 ul. Komsomolskaya, Kazan, Russia 420066

² Institute of Osteopathy

bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

Introduction. Congenital dysplasia of the hip joints is one of the main among congenital diseases of the musculoskeletal system in children and requires a long period of treatment, including in a hospital settings. Standard methods of treatment contain the orthopedic and rehabilitation measures: the use of abduction splints, a complex of physiotherapy exercises, general massage, the use of various physiotherapeutic procedures. Osteopathic correction is not included in the standards of care for this category of patients. At the same time, these standard treatment methods do not always give a desired result, and sometimes even lead to the development of complications. All this facts determines the need to search for additional therapeutic techniques.

The aim of the study is to research the possible effectiveness of osteopathic correction as part of the complex treatment of children in the first year of life with hip dysplasia.

Materials and methods. The study included 34 children with a diagnosis of hip dysplasia (ICD code-10 – Q65.8). The patients were randomly divided into 2 equivalent groups: study and control. Participants in both groups received standard treatment; the participants of the main group additionally underwent osteopathic correction of the revealed somatic dysfunctions. Before and after the course of treatment, the patients' osteopathic status, the disease clinical manifestations, and the X-ray data of the hip joints were assessed.

Results. The inclusion of osteopathic correction in the complex with standard treatment procedures for children of the first year of life with hip dysplasia is accompanied by a statistically significant decrease in the detection frequency of the somatic dysfunctions at the regional and local levels. The median duration of standard orthopedic treatment also decreases ($p < 0,05$).

Conclusion. The obtained results demonstrate that the inclusion of osteopathic correction in the complex treatment of children in the first year of life with hip dysplasia shortens the treatment time for patients. It is recommended to continue research in this direction with a larger sample size.

Key words: hip joints dysplasia, osteopathic status, somatic dysfunction, acetabular index, osteopathic correction

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 25.08.2021

The article was accepted for publication 29.10.2021

The article was published 30.12.2021

Введение

Дисплазия тазобедренных суставов занимает одно из первых мест среди врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и предполагает длительный период лечения, в том числе и в условиях стационара. Высокая частота случаев рождения детей с данной патологией (8–20 на 1 тыс. новорожденных) заставляет совершенствовать медицинскую помощь и реабилитационные меры [1].

При дисплазии тазобедренных суставов имеет место нарушение развития костно-хрящевой основы, соединительной ткани, связочно-капсульного и мышечного аппаратов суставов [2–4]. Кроме генетической предрасположенности, на возникновение дисплазии оказывают влияние факторы, которые возникают в процессе эмбрионального и постнатального периода жизни ребенка и воздействуют на закладку и развитие соединительной ткани плода [5]. По данным ряда авторов [4, 6, 7], у детей с дисплазией тазобедренных суставов присутствуют клинические признаки поражения нервной системы. Более того, сопоставление клинической симптоматики врожденной патологии тазобедренных суставов и перинатальных нарушений нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста позволяет предполагать, что патогенез этих заболеваний имеет сходный характер. Все это дополнительно подчеркивает важность своевременного выявления данной патологии и необходимость комплексного лечения.

Без адекватного лечения с ростом ребенка прогрессируют анатомические, трофические и функциональные нарушения в суставе, которые в итоге приводят к тяжелым вторичным изменениям структуры сустава и, как следствие, вызывают нарушение функции опоры и положения конечности [8, 9]. При данных последствиях патологии отмечают высокий риск изменения положения таза, искривления позвоночного столба, развитие деформирующего коксартроза с последующей возможной инвалидизацией.

Лечение врожденной патологии тазобедренных суставов, в том числе в целях профилактики последующих возможных осложнений, должно быть ранним, длительным и комплексным. Возрастной диапазон от 1 мес до 1 года наиболее благоприятен для комплексных терапевтических и коррекционных мер.

В настоящее время в России используют различные методы и ортопедические пособия для лечения данной патологии. Общепринятые методы консервативного лечения имеют положительный эффект, но часто заканчиваются побочными нежелательными последствиями, такими как диспластический коксартроз, асептический некроз головки бедренной кости, компенсаторный сколиоз. Так, Н.Г. Чиркова [10] приводит статистику разных авторов о развитии деформирующего коксартроза после консервативного лечения данной патологии с частотой до 82%, о возможности инвалидизации — до 64%. Развитие диспластического коксартроза связано с продолжающимся течением патологического процесса на фоне нарушения кровоснабжения в области тазобедренного сустава. Достаточно высокий процент осложнений после консервативного лечения свидетельствует о недостаточной его эффективности, что подтверждает высокую актуальность поиска новых путей терапии данной патологии [11].

Несмотря на достигнутые успехи диагностики и лечения врожденной патологии тазобедренных суставов и существование многочисленных методов консервативного лечения, не определены критерии прогнозирования течения и исходов данного заболевания. Нет четких сведений о воз-

растных границах применения консервативного лечения и его влияния на развитие тазобедренного сустава. Поэтому актуальными являются многофакторные объективные обследования пациентов, в том числе и остеопатическое, и разноплановый подход в лечении данной врожденной патологии. Следует отметить, что в отечественной литературе представлены данные об эффективности остеопатического лечения у детей с дисплазией тазобедренных суставов. Использование при данной патологии остеопатической коррекции как дополнения к ортопедическому лечению приводит к сокращению сроков лечения и успешной реабилитации пациентов [12–14].

Цель исследования — изучить возможную эффективность остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов.

Материалы и методы

Тип исследования: проспективное рандомизированное контролируемое.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводили на базе ГАУЗ «Детская городская больница № 1» и ООО «Клиника остеопатии Гайнуллина» (Казань) в период с 2018 по 2019 г.

Характеристика участников. Под наблюдением находились 34 ребенка с диагнозом дисплазии тазобедренных суставов. Критерии включения: дети от 1 мес до 1 года; установленный и подтвержденный ортопедом диагноз дисплазии тазобедренных суставов (код по МКБ-10 — Q65.8); согласие родителей ребенка на проведение остеопатической коррекции.

Критерии невключения: дети младше 30 дней и старше 12 мес; транзиторная патология тазобедренных суставов; недоношенность; вывих головки бедренной кости, требующий наложения гипсовой шины-распорки; наличие заболеваний и состояний, являющихся абсолютными противопоказаниями для остеопатической коррекции.

Пациенты методом простой рандомизации были разделены на две равнозначные группы: основную — 17 детей (8 девочек, 9 мальчиков) и контрольную — 17 детей (10 девочек, 7 мальчиков). Различия между группами по возрасту и полу были статистически не значимыми ($p > 0,05$).

Основная характеристика обследованных детей представлена в табл. 1. Средняя масса тела при рождении и средний срок гестации были в пределах физиологических показателей. Различия между группами по этим показателям были статистически не значимы ($p > 0,05$).

Таблица 1

Основная характеристика пациентов, $M \pm m$

Table 1

Basic patients characteristic, $M \pm m$

Показатель	Основная группа, $n=17$	Контрольная группа, $n=17$
Средний возраст, мес	4,52±0,34	4,94±0,50
Средняя масса тела при рождении, г	3597±115	3620±88
Средний срок гестации, нед	38,40±0,29	38,82±0,28

До лечения также оценивали частоту выявления клинических симптомов врожденной патологии тазобедренных суставов (табл. 2). Различия между группами по данным показателям также были статистически не значимы ($p > 0,05$).

Основными клиническими симптомами в опытной и контрольной группах являлись ограничение отведения бедер и асимметрия тонуса мышц нижних конечностей, что соответствует параметрам диагностики дисплазии тазобедренных суставов. Сочетание нескольких симптомов в обеих группах наблюдали в 100% случаев.

Таблица 2

Частота выявления клинических симптомов врожденной патологии тазобедренных суставов у пациентов до лечения

Table 2

The detection frequency of clinical symptoms of congenital pathology of the hip joints in patients before treatment

Симптом	Основная группа, n=17		Контрольная группа, n=17	
	абс. число	%	абс. число	%
Ограничение отведения бедер	17	100	17	100
Симптом соскальзывания	4	23,5	5	29,4
Асимметрия тонуса мышц нижних конечностей	17	100	14	82,3
Асимметрия кожных складок	7	41,1	8	57
Сочетание нескольких симптомов	17	100	17	100

Описание медицинского вмешательства. Участники обеих групп получали общепринятый комплекс лечебных и ортопедических мер, который включал физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру ежедневно в домашних условиях, общий избирательный массаж, ношение шины-распорки, витаминотерапию. Методику физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры и массажа подбирали индивидуально. Продолжительность стандартного лечения в обеих группах индивидуально для каждого пациента подбирал врач-ортопед по результатам регулярного ортопедического осмотра и ортопедического тестирования.

Участникам основной группы на фоне общепринятого комплекса лечебных и ортопедических мер дополнительно проводили сеансы остеопатической коррекции — в промежутках между сменами абдукционных шин-распорок. Всего было проведено пять процедур — 2 сеанса с интервалом в 14 дней, три сеанса с интервалом в 1 мес. Продолжительность каждого сеанса была 45–60 мин, а общая длительность курса составила 4 мес.

Исходы исследования и методы их регистрации. Под исходами в данном исследовании понимали снижение частоты клинических проявлений и положительные изменения по результатам рентгенологического обследования тазобедренных суставов, а также снижение частоты выявления соматических дисфункций и сокращение длительности проводимого стандартного лечения.

Оценку остеопатического статуса и рентгенологических показателей осуществляли до начала и после завершения лечения. Остеопатический статус оценивали согласно утверждённой методике [15]. Проводили рентгенологическую оценку [16, 17] проявлений дисплазии тазобедренных суставов. Полученные рентгенограммы оценивали с помощью метрических показателей ацетабулярного угла (индекса). Ацетабулярный индекс характеризует угол наклона крыши вертлужной впадины. Он образован пересечением линии, соединяющей У-образные хрящи, с линией, проходящей от верхнего края крыши к центру У-образного хряща. Измеряется этот угол на рентгенограммах таза в переднезадней проекции. Для его получения проводят линию, соединяющую наиболее каудально расположенные точки окостеневшей части подвздошной кости, так называемую интерацетабулярную линию. Из указанных концов подвздошной кости проводят касательные к углам крыш вертлужных впадин. Угол, образованный пересечением касательной и ацетабулярной линии, является ацетабулярным. У здорового новорожденного ацетабулярный угол равен в среднем 25–29°. В норме у детей грудного возраста ацетабулярный угол доходит до 30°. С воз-

растом он постепенно уменьшается: так, к 1-му году у мальчиков он в среднем составляет 18,4°, у девочек — 20°; к 5 годам — меньше 15°; у подростков 14–15 лет его размеры составляют около 10° [3, 18]. Уменьшение данного показателя на фоне проводимой терапии свидетельствует о результативности лечения.

Статистическая обработка. Анализ полученных данных осуществляли в программной среде R (R version 4.0.5). Вычисляли следующие параметры описательной статистики: среднее арифметическое и стандартная ошибка среднего ($M \pm m$), медиана, 1-й и 3-й квартили (Me ; $Q1-Q3$). Анализ качественных признаков осуществляли с помощью точного критерия Фишера для сравнения групп между собой. Количественные переменные анализировали с помощью критериев Стьюдента и Манна–Уитни для сравнения групп между собой и критерия Вилкоксона для оценки динамики внутри групп. Уровень статистической значимости $p < 0,05$.

Этическая экспертиза. Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.). От каждого участника исследования получено информированное согласие его родителей или иных законных представителей.

Результаты и обсуждение

Остеопатический статус у участников исследования до лечения. Остеопатическое обследование пациентов основной и контрольной групп до начала лечения не выявило значимых различий ($p > 0,05$) между ними по частоте выявления как региональных, так и локальных соматических дисфункций, СД (табл. 3). Доминирующей в группах была установлена СД региона таза (структуральная составляющая) — в 100% случаев. Также у 100% участников исследования были выявлены нарушения мышечного тонуса бедра.

Таблица 3

Частота выявления соматических дисфункций регионального и локального уровня у пациентов до лечения

Table 3

The detection frequency of regional and local somatic dysfunctions in patients before treatment

Соматические дисфункции	Основная группа, n=17		Контрольная группа, n=17	
	абс. число	%	абс. число	%
Региона головы	15	88,2	16	94,1
Региона твердой мозговой оболочки	11	64,7	9	52,9
Региона таза	17	100	17	100
Позвоночно-двигательного сегмента C ₀₋₁	9	52,9	10	58,8
Затылочной кости (внутрикостная)	8	47	9	52,9

Изменение остеопатического статуса у участников исследования после лечения. До лечения и после его завершения в обеих группах оценивали наличие и выраженность выявленных СД регионального уровня (табл. 4) и наличие локальных СД.

Из данных табл. 4 следует, что в основной группе по итогам лечения статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшилась выраженность всех исходно выявленных СД регионального уровня. В контрольной группе наблюдали аналогичную динамику. При этом изменения в основной группе были статистически значимо более выраженными ($p < 0,05$), чем в контрольной.

Таблица 4

Выраженность соматических дисфункций регионального уровня у пациентов до и после лечения, баллы (Me; Q1–Q3)

Table 4

The severity of somatic dysfunctions at the regional level in patients before and after treatment, points (Me; Q1–Q3)

Регион	Основная группа, n=17		Контрольная группа, n=17	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Головы	1; 1–2	0; 0-1*,**	1; 1–2	1; 0–1*
Твердой мозговой оболочки	1; 0–2	0*,**	1; 0–1	0; 0–1*

* Изменения показателя внутри групп статистически значимы, $p < 0,05$, критерий Вилкоксона; ** различия между группами статистически значимы, $p < 0,05$, критерий Манна-Уитни

По итогам остеопатической коррекции у 100% участников основной группы были скорректированы региональные дисфункции твердой мозговой оболочки и таза, локальные СД позвоночно-двигательного сегмента C_{0-1} и затылочной кости (внутрикостная). В контрольной группе у 100% участников после стандартного лечения частота выявления СД локального уровня осталась практически без динамики. Региональные дисфункции твердой мозговой оболочки и таза были выявлены у 6 и 8 участников контрольной группы; локальные СД позвоночно-двигательного сегмента C_{0-1} и затылочной кости (внутрикостная) – у 10 и 9 пациентов соответственно. Во всех случаях различие между основной и контрольной группой было статистически значимо ($p < 0,05$, точный критерий Фишера).

Изменение рентгенологической картины тазобедренных суставов в результате лечения. До лечения и после его завершения в обеих группах рентгенологически оценивали состояние тазобедренных суставов. Результаты представлены в табл. 5.

Таблица 5

Показатели ацетабулярного индекса у пациентов до и после лечения, градусы (Me; Q1–Q3)

Table 5

Indicators of the acetabular index in patients before and after treatment, degrees (Me; Q1–Q3)

Группа	Правый тазобедренный сустав		Левый тазобедренный сустав	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная, n=17	30; 30–31	25; 25–26*	28; 28–29	24; 24–25*
Контрольная, n=17	29; 28–31	26; 25–27*	28; 28–29	25; 24–25*

* Изменения показателя внутри групп статистически значимы, $p < 0,05$, критерий Вилкоксона

Как видно из данных табл. 5, по итогам лечения значения ацетабулярного индекса статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшились в обеих группах. Различия между группами по этому параметру как до, так и после лечения оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$). Это может быть связано с тем, что величина ацетабулярного индекса существенным образом зависит, помимо прочего, от возраста и пола пациента, а для учёта влияния этих факторов размер выборки был недостаточным.

Сравнение сроков лечения при дисплазии тазобедренных суставов у детей первого года в основной и контрольной группах. После лечения было проведено сравнение сроков в месяцах (Me; Q1–Q3) стандартного ортопедического лечения (ношение шины, массаж, физиопроцедуры), применявшегося у пациентов обеих групп. В основной группе данный показатель составил 4 мес (3–5), в контрольной — 5 мес (4–6). Различия между группами статистически значимо ($p < 0,05$): медианная длительность необходимого стандартного ортопедического лечения в основной группе оказалась на 1 мес меньше, чем в контрольной.

В ходе исследования нежелательных эффектов зарегистрировано не было.

Обсуждение. В ходе исследования выявлено, что включение остеопатической коррекции в состав комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов сопровождается существенным снижением частоты выявления региональных и локальных СД, уменьшением величины ацетабулярного индекса, сокращением продолжительности стандартных ортопедических процедур.

Следует отметить, что в отечественной литературе уделяется достаточно большое внимание вопросам взаимосвязи патогенеза врожденной патологии суставов (в том числе тазобедренных) и СД [13, 19–26]. В родах чаще всего происходят внутрикостное напряжение костей черепа, повреждения на уровне шейного отдела позвоночника, тазобедренного сустава, что особо значимо при тазовом предлежании плода. При патологии в родах возникает нарушение подвижности крестца и тазовых костей, что усугубляет имеющийся порок развития и еще больше нарушает формирование костных структур тазобедренных суставов. Имеющаяся дисплазия сосудов, мягких тканей и спинного мозга задерживает формирование крыши вертлужной впадины, а именно ее наружного отдела. Костная структура формируется по тем натяжениям, которые образуются в организме. Механические структуральные повреждения сопровождаются нарушениями вегетативной нервной системы и устойчивыми изменениями гомеостаза, что еще больше способствует костно-деструктивным процессам [7]. Это дает основание предполагать наличие нейрогенного компонента в генезе развития дисплазии тазобедренного сустава.

Также в отечественной литературе представлены данные об эффективности остеопатического лечения детей с данной патологией. Так, в статье Д. Е. Мохова и соавт. [13], посвященной изучению результатов остеопатической диагностики и лечения детей первого полугодия жизни с дисплазией и подвывихами тазобедренных суставов, показана клиническая эффективность остеопатической коррекции данной патологии, что позволило сделать вывод о целесообразности ее применения в комплексе с ортопедическим лечением. По результатам этого исследования было установлено, что у детей грудного возраста на фоне неблагоприятных факторов формирования тазобедренного сустава (наследственный фактор, отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение беременности, оперативное родоразрешение) были выявлены СД крестца, дисфункция позвоночно-двигательного сегмента L_v-S_1 , задняя ротация левой подвздошной кости, дисфункции позвоночно-двигательного сегмента на уровне C_{0-1} , затылочно-сосцевидного шва, натяжение мембран реципрокного натяжения и внутрикостные повреждения затылочной кости. Применение техник остеопатической коррекции, как указано в итоге этого исследования, направленных на формирование элементов тазобедренного сустава, дает возможность сократить срок лечения в абдукционных шинах-распорках в среднем на 1,4 мес.

В представленном исследовании у детей также чаще всего были выявлены СД региона головы, таза и тазобедренного сустава. Следует отметить, что на момент исследования [13] в отечественной остеопатии еще не были прописаны четкие критерии региональной СД и тесты, направленные на ее выявление. Вероятно, описанный авторами набор локальных СД в настоящее время оказался бы «включен» в региональную дисфункцию таза.

Таким образом, можно отметить, что остеопатическая коррекция, дополняя стандартное ортопедическое лечение, может занять достойное место в системе оказания медицинской помощи

детям, поскольку ранняя и всесторонняя диагностика врожденной патологии тазобедренных суставов, адекватная и своевременная реабилитация, разработка дифференцированных мер воздействия позволяют повысить эффективность комплексного восстановительного лечения.

Заключение

Установлено, что включение остеопатической коррекции в комплекс стандартных ортопедических лечебных процедур сопровождается статистически значимым снижением частоты выявления соматических дисфункций регионального и локального уровня у детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов.

Включение остеопатической коррекции в комплексное лечение детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов сопровождается статистически значимым уменьшением медианной длительности стандартного ортопедического лечения.

Рекомендуется продолжить исследование в данном направлении на большем размере выборки.

Вклад авторов:

Н. А. Фабристова — сбор и анализ материалов, обзор публикаций по теме статьи
И. Р. Гайнуллин — разработка дизайна исследования, научное руководство исследованием, написание и редактирование текста статьи

Authors' contributions:

Nuria A. Fabristova — collection and analysis of materials, review of publications on the article topic
Ildar R. Gainullin — development of research design, scientific supervision of the research, writing and editing of the article text

Литература/References

1. Новосельцев С. В. Введение в остеопатию. Мягкотканые и суставные техники. СПб.: Фолиант; 2009; 320 с. [Novoseltsev S.V. Introduction to Osteopathy. Soft tissue and joint techniques. St. Petersburg: Folio; 2009; 320 p. (in russ.)].
2. Баиндурашвили А. Г., Чухраев И. Ю. К вопросу о ранней диагностике патологии опорно-двигательного аппарата у детей // В сб.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии детского возраста: Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. СПб.—Сыктывкар; 2009: 8–10. [Baindurashvili A.G., Chukhraev I.Yu. On the issue of early diagnosis of pathology of the musculoskeletal system in children // In: Topical issues of pediatric traumatology and orthopedics: materials of the scientific-practical conference of pediatric traumatologists-orthopedists of Russia. St. Petersburg—Syktyvkar; 2009: 8–10 (in russ.)].
3. Волков М. В., Дедова В. Д. Детская ортопедия. М.: Медицина; 1989; 309 с. [Volkov M.V., Dedova V.D. Pediatric orthopedics. M.: Medicine; 1989; 309 p. (in russ.)].
4. Жарова Е. Ю. Нарушение рефлекторно-двигательной сферы и проблема дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных, детей раннего возраста. Казанский мед. журн. 2013; 94 (2): 193–198. [Zharova E.Yu. Motor disorders and hip joint dysplasia in newborns and infants. Kazan Med. J. 2013; 94 (2): 193–198 (in russ.)].
5. Сертакова А. В., Морозова О. Л., Норкин И. А., Анисимов Д. И. Современные представления о механизмах развития дисплазии тазобедренных суставов у детей (обзор). Саратовский науч.-мед. журн. 2011; 7 (13): 704–710. [Sertakova A.V., Morozova O.L., Norkin I.A., Anisimov D.I. Modern conceptions about mechanisms of progression process of hip dysplasia in children (review). Saratov J. Med. Sci. Res. 2011; 7 (13): 704–710 (in russ.)].
6. Schwend R.M., Shaw B.A., Segal L.S. Evaluation and treatment of developmental hip dysplasia in the newborn and infant. Pediat. Clin. North Amer. 2014; 61 (6): 1095–1097. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.08.008>
7. Егорова И. А., Кузнецова Е. Л. Остеопатия в акушерстве и педиатрии. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 186 с. [Egorova I.A., Kuznetsova E.L. Osteopathy in obstetrics and pediatrics. St. Petersburg: Publishing house SPBMAPO; 186 p. (in russ.)].
8. Ахтямов И. Ф., Соколовский О. А. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава. Казань: Центр оперативной печати; 2008; 371 с. [Akhtyamov I.F., Sokolovsky O.A. Surgical treatment of hip dysplasia. Kazan: Center for Operational Printing; 2008; 371 p. (in russ.)].

9. Ортопедия: Национальное рук. / Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011; 940 с.
[Orthopedics: National Guide / Eds. S.P. Mironov, G.P. Kotelnikov. M.: GEOTAR-Media; 2011; 940 p. (in russ.)].
10. Чиркова Н.Г. Лечение врожденной дисплазии и вывиха бедра у детей младшего возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. Курган; 2009.
[Chirkova N.G. Treatment of congenital dysplasia and dislocation of the hip in young children: Abstract Dis. Cand. Sci. (Med.). Kurgan; 2009 (in russ.)].
11. Лозовая Ю.И. Оценка динамики развития тазобедренного сустава у детей в условиях сохраняющегося патологического процесса: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.; 2011.
[Lozovaya Yu.I. Assessment of the dynamics of the development of the hip joint in children under conditions of a persisting pathological process: Abstract Dis. Cand. Sci. (Med.). M.; 2011 (in russ.)].
12. Гаврик Ю.Н., Маркелова Ю.Ю., Кузьмина Ю.О. Диагностика и коррекция соматических дисфункций у детей первого полугодия жизни с врожденной патологией тазобедренных суставов. Российский остеопатический журнал. 2018; 3–4: 56–63.
[Gavrik Yu.N., Markelova Yu.Yu., Kuzmina Yu.O. Diagnosis and correction of somatic dysfunction in young infants with congenital defects of hip joints. Russian Osteopathic Journal. 2018; 3–4: 56–63 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2018-3-4-56-63>
13. Мохов Д.Е., Ширяева Е.Е., Стамболцян О.В., Стамболцян В.О. Остеопатическая диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов и подвывихов тазобедренных суставов у детей первого полугодия жизни в условиях ортопедического отделения. Российский остеопатический журнал. 2015; 1–2: 15–24.
[Mokhov D., Shiryayeva E., Stamboltsyan O., Stamboltsyan V. Osteopathic Evaluation and Treatment of Hip Dysplasia and Congenital Dislocation of the Hip in Infants Under 6 Months of Age in Orthopedic Clinic. Russian Osteopathic Journal. 2015; 1–2: 15–24 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2015-1-2-15-24>
14. Матвеев Д.В., Фролов В.А. Остеопатическое лечение дисплазии тазобедренного сустава у детей в возрасте до одного года. Российский остеопатический журнал. 2013; 1–2: 49–57.
[Matveev D.V., Frolov V.A. Osteopathic Treatment of Hip Dysplasia in Infants up to One Year. Russian Osteopathic Journal. 2013; 1–2: 49–57 (in russ.)].
15. Мохов Д.Е., Аптекарь И.А., Белаш В.О., Литвинов И.А., Могельницкий А.С., Потехина Ю.П., Тарасов Н.А., Тарасова В.В., Трегубова Е.С., Устинов А.В. Основы остеопатии: Учеб. для ординаторов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020; 400 с.
[Mokhov D.E., Aptekar I.A., Belash V.O., Litvinov I.A., Mogelnitsky A.S., Potekhina Yu.P., Tarasov N.A., Tarasova V.V., Tregubova E.S., Ustinov A.V. The basics of osteopathy: A textbook for residents. M.: GEOTAR-Media; 2020; 400 p. (in russ.)].
16. Гуревич А.Б. Лучевая диагностика диспластических заболеваний тазобедренного сустава у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.; 2011.
[Gurevich A.B. Radiation diagnosis of dysplastic diseases of the hip joint in children: Abstract Dis. Cand. Sci. (Med.). M.; 2011 (in russ.)].
17. Трофимова Т.И. Лучевая диагностика человека. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2005; 496 с.
[Trofimova T.I. Radiation diagnostics of a person. St. Petersburg: SPBMAPO Publishing House; 2005; 496 p. (in russ.)].
18. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М., Юкин Г.П. Врожденный вывих бедра. М.: Медицина; 1972; 159 с.
[Volkov M.V., Ter-Egizarov G.M., Yukin G.P. Congenital dislocation of the hip. M.: Medicine; 1972; 159 p. (in russ.)].
19. Баиров А.Г. Остеопатия в педиатрии. СПб.: Человек; 2018; 100 с.
[Baïrov A.G. Osteopathy in pediatrics. St. Petersburg: Man; 2018; 100 p. (in russ.)].
20. Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Кузьмина Ю.О., Потехина Ю.П. Возможности применения остеопатических методов лечения у детей первого года жизни. Вопр. практической педиатрии. 2018; 13 (5): 91–97.
[Mokhov D.E., Tregubova E.S., Kuzmina Yu.O., Potekhina Yu.P. Possibility of using osteopathic methods of treatment in infants of the first year of life. Clin. Pract. Pediat. 2018; 13 (5): 91–97 (in russ.)]. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2018-5-91-97>
21. Кузьмина Ю.О., Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Мохова Е.С. Возможности остеопатической коррекции функциональных нарушений у детей. Педиатр. 2017; 8 (6): 17–23.
[Kuzmina Yu.O., Potekhina Yu.P., Tregubova E.S., Mokhova E.S. Possibilities of osteopathic correction of functional disorders in children. Pediatrician (St. Petersburg). 2017; 8 (6): 17–23 (in russ.)]. <https://doi.org/10.17816/PED8617-23>
22. Потехина Ю.П. Патогенез соматических дисфункций (локальный и региональный уровни). Российский остеопатический журнал. 2016; 3–4: 91–104.
[Potekhina Yu. Pathogenesis of Somatic Dysfunctions (Local and Regional Levels). Russian Osteopathic Journal. 2016; 3–4: 91–104 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-91-104>
23. Соснина Т.Ю., Урлапова Е.В. Остеопатическая коррекция в комплексной реабилитации детей первого года жизни с признаками перенесенной натальной травмы краниоцервикальной области. Мануальная терапия. 2013; 1 (49): 3–12.
[Sosnina T.Yu., Uralpova E.V. Osteopathic correction in the complex rehabilitation of infants with signs of a craniocervical trauma in past. Manual Ther. J. 2013; 1 (49): 3–12 (in russ.)].

24. Урлапова Е. В., Соснина Т. Ю. Значение остеопатического метода диагностики и лечения в комплексной реабилитации грудных детей с повреждением краниоцервикальной области в родах. Российский остеопатический журнал. 2013; 1–2: 105–112.
[Uralpova E. V., Sosnina T. Yu. Importance of Osteopathic Diagnosis and Treatment in Complex Rehabilitation of Infants with Birth Trauma of Craniocervical Region. Russian Osteopathic Journal. 2013; 1–2: 105–112 (in russ.)].
25. Потехина Ю. П., Мохов Д. Е., Трегубова Е. С. Этиология и патогенез соматических дисфункций. Клини. патофизиол. 2017; 23 (4): 16–26.
[Potekhina Yu. P., Mokhov D. E., Tregubova E. S. Etiology and pathogenesis of somatic dysfunctions. Clin. Pathophysiol. 2017; 23 (4): 16–26 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-91-104>
26. Батышева Т. Т., Мохов Д. Е., Тарусова К. С. Остеопатическая концепция родового повреждения: синдром осевой компрессии — ядро полиморбидности неонатальных соматических дисфункций. Детская реабилитация. 2020; 2 (1): 5–12.
[Batyshcheva T. T., Mokhov D. E., Tarusova K. S. Osteopathic concept of birthdamage: syndrome of axial compression — the nuclear polymorbidity of neonatal somatic dysfunctions. Pediat. Rehab. 2020; 2 (1): 5–12 (in russ.)]. <https://doi.org/10.36711/2686-7656-2020-2-1-5-12>

Сведения об авторах:

Нурия Акрамовна Фабристова,

«Клиника остеопатии Гайнуллина» (Казань),
врач-osteopat

Ильдар Рустэмович Гайнуллин, канд. мед. наук,

«Клиника остеопатии Гайнуллина» (Казань),
врач-osteopat, врач-невролог;
Институт остеопатии (Санкт-Петербург), ассистент

Information about authors:

Nuria A. Fabristova,

«Gainullin Clinic of Osteopathy» (Kazan),
osteopathic physician

Ildar R. Gainullin, Cand. Sci. (Med.)

«Gainullin Clinic of Osteopathy» (Kazan),
osteopathic physician, neurologist;
Institute of Osteopathy (Saint-Petersburg), assistant