Czynniki pre- i postnatalne w rozwoju wrodzonej dysplazji stawu biodrowego (…)

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (W70)

Czynniki pre- i postnatalne w rozwoju wrodzonej dysplazji stawu biodrowego. Obrazy kliniczne wady u noworodków

Marta Tarczyńska, Tomasz Karski
Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej AM w Lublinie. Kierownik: Prof. dr hab. med. Tomasz Karski.
Adres do korespondencji: Dr n. med. Marta Tarczyńska, Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej AM, 20-093 Lublin, ul. Chodźki 2.

Wstęp: Etiologia wrodzonej dysplazji stawu biodrowego jest wieloczynnikowa. Do powszechnie uznanych przyczyn należą czynniki genetyczne, patologiczne oddziaływanie wiotkości oraz czynniki biomechaniczne. Wpływ działania niektórych czynników biomechanicznych na powstawanie wady biodra był tematem wielu opracowań. Niewiele jednak prac traktuje o wpływie czynników biomechanicznych okresu prenatalnego (szczególnie wynikających ze strony matki). Stąd też próba bliższego określenia czynników, które mogą przyczyniać się do powstawania wady biodra, w tym szczególnie wady w tzw. „zespole przykurczów". .
Materiał i metody badań: Materiał obejmuje 123 kobiety obserwowane w okresie ciąży w wieku od 18 do 39 lat oraz 123 dzieci urodzone przez te kobiety. ***Ze strony matki i środowiska w analizie uwzględniono:*** wiek, wzrost, wagę ciała przez zajściem w ciążę i przed momentem porodu, obwód brzucha przed ciążą i przed porodem, dane antropometryczne miednicy, kolejność ciąży, przebieg ciąży, istnienie wady w rodzinie. Ponadto każda ciąża oceniana była przy pomocy badania USG, co informowało nas m. in. o położeniu płodu, ilości wód płodowych

i ewentualnych dodatkowych patologiach. ***Ze strony dziecka w analizie uwzględniono następujące dane:*** każde dziecko (n=123) w 1-5 dniu życia było oceniane klinicznie. Notowano sposób rozwiązania ciąży, płeć dziecka, wagę urodzeniową, długość ciała, istnienie składowych tzw. „zespołu przykurczów". Następnie w 3 – 4 – 5 tygodniu oceniano dziecko ponownie oraz wykonywano badanie ultrasonograficzne stawów biodrowych. .

Wyniki: Uzyskane dane posłużyły do podziału materiału badawczego na dwie grupy. Pierwsza grupa objęła dzieci, u których na podstawie badania USG wykonywanego w 4 – 5 tygodniu życia, stwierdzono niedorozwój stawu biodrowego (grupa badawcza). Druga grupa (grupa kontrolna) to dzieci, u których na podstawie oceny 4 – 5 tygodniu życia stwierdzano biodrami prawidłowe.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Stwierdzono, że wada biodra zależy między innymi od: 1/ płci, 2/ wielkości płodu, 3/ małowodzia (czynnik względny), 4/ stosunku ilości wód płodowych do wielkości płodu 5/ częstej zmiany położenia płodu w ostatnich 2 miesiącach ciąży, 6/ wieku matki, 7/ współczynnika wagi (różnica pomiędzy wagą matki przed porodem i w okresie tuż przed przed ciążą), 8/ współczynnika obwodu brzucha (różnica pomiędzy wymiarem brzucha przed porodem i przed ciążą), 9/ typu sylwetki brzucha matki w czasie ciąży, 10/ typu budowy ciała matki, 11/ typu budowy miednicy matki, 12/ wymiaru sprzężnej zewnętrznej miednicy matki, 13/ wymiaru międzygrzebieniowego miednicy, 14/ współczynnika opartego na stosunku wymiaru sprzężnej zewnętrznej do wymiaru międzygrzebieniowego miednicy matki, 15/ czynników pourodzeniowych.

Częstsze występowanie wady nie wiąże się w sposób istotny z: 1/ kolejnością ciąży, 2/ nieprawidłowym położeniem płodu, 3/ sposobem porodu. .

W analizie nie uwzględniono wpływu czasu trwania ciąży i ciąży mnogiej na powstawanie dysplazji biodra.