

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Абдикадир Салиевич Бабанов

Медицинский институт Каракалпакстана, ассистент кафедры детской хирургии, травматологии, анестезиологии и реаниматологии, кандидат медицинских наук

Сейдакова Гулжамал Сагынбаевна

e-mail: seydakova2020@mail.ru;

Медицинский институт Каракалпакстана, ассистент кафедры детской хирургии, травматологии, анестезиологии и реаниматологии

Тлеуниязова Дилбархан мырзабаевна

e-mail: dilbartleuniazova1@mail.com;

Медицинский институт Каракалпакстана, ассистент кафедры детской хирургии, травматологии, анестезиологии и реаниматологии

Ескабулова Гулбану Мелисовна

Студентка 5-курса лечебного факультета Медицинского института Каракалпакстана

eskabulovagulbanu7@gmail.com;

Аннотация. В нашей стране сложилась стройная система организации медицинской помощи детям. Она состоит из трех связанных между собой звеньев: поликлиника- больница- санаторий. Ведущая роль принадлежит поликлиникам, в которых находятся на излечении до 90% детей с повреждениями и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата[2,9,10].

Большое развитие получила специализированная стационарная сеть, в составе которого функционируют травматолога- ортопедические отделения. Целенаправленное комплексное лечение переломов костей у детей, сочетающее применение традиционных средств и способов с современными оперативными методами дает положительные результаты. Задачей, поставленной перед учеными, состоит в том, чтобы результаты научных исследований в кратчайшие сроки становились достоянием широких кругов практических врачей.

Разработаны новые, более совершенные ортопедические методы лечения детей, стали применять щадящие, более физиологичные методы лечения. Так в ЦИТО разработан высокоэффективный метод раннего консервативного лечения врожденной косолапости с использованием полимерных материалов[5,6].

Ключевые слова: консервативное лечение, деформация, опорно-двигательная система, врожденный косолапость.

Annotaciya. Mamlakatimizda bolalarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishning yaxshi yo'lga qo'yilgan tizimi rivojlangan. U bir-biriga bog'langan uchta bo'g'indan iborat: poliklinika-shifoxona-sanatoriya. Etakchi rol poliklinikalarga tegishli bo'lib, ularda jarohatlar va tayanch-harakat tizimining tug'ma kasalliklari bo'lgan bolalarning 90% gacha davolanadi[2,9,10].

Travmatologiya va ortopediya bo'limlarini o'z ichiga olgan maxsus statsionar tarmoq juda rivojlangan. Bolalarda suyak sinishini maqsadli kompleks davolash, an'anaviy vositalar va usullardan foydalanishni zamonaviy jarrohlik usullari bilan uyg'unlashtirish ijobiy natijalar beradi. Olimlar oldiga qo'yilgan vazifa – ilmiy tadqiqot natijalari eng qisqa muddatlarda keng amaliyotchilarning mulkiga aylanishini ta'minlashdan iborat.

Bolalarni davolashning yangi, ilg'or ortopedik usullari ishlab chiqildi, davolashning tejamkor, ko'proq fiziologik usullari qo'llanila boshlandi. Shunday qilib, CITOda polimer materiallardan foydalangan holda tug'ma oyoq oyoqlarini erta konservativ davolashning yuqori samarali usuli ishlab chiqilgan[5,6].

Kalit so'zlar: konservativ davolash, deformatsiya, tayanch-harakat tizimi, tug'ma maymoqlik.

Abstract. In our country, a well-organized system of organization of medical care for children has developed. It consists of three interconnected links: polyclinic-hospital-sanatorium. The leading role belongs to polyclinics, in which up to 90% of children with injuries and congenital diseases of the musculoskeletal system are treated[2,9,10].

A specialized inpatient network has been greatly developed, which includes traumatology and orthopedic departments. Purposeful complex treatment of bone fractures in children, combining the use of traditional means and methods with modern surgical methods, gives positive results. The task set before scientists is to ensure that the results of scientific research in the shortest possible time become the property of a wide range of practitioners.

New, more advanced orthopedic methods of treating children have been developed, sparing, more physiological methods of treatment have begun to be used. Thus, a highly effective method of early conservative treatment of congenital clubfoot using polymeric materials has been developed at CITO[5,6].

Key words: conservative treatment, deformation, musculoskeletal system, congenital limping.

Актуальность. Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди врожденных аномалий опорно-двигательной системы, по материалам Т.С.Зацепина, врожденная косолапость занимает первое место среди врожденных деформаций (35,8%)[5].

У мальчиков врожденная косолапость встречается почти вдвое чаще, чем у девочек. Двусторонняя косолапость наблюдается несколько чаще односторонней. Приблизительно у 10% детей с врожденной косолапостью встречаются еще и другие врожденные пороки развития.

Несмотря на наличие множества теорий и гипотез, в этиологии и патогенезе врожденной косолапости до настоящего времени остается много спорных и нерешенных вопросов. Врожденная косолапость является тяжелой деформацией опорно-двигательной системы, которая развивается под влиянием ряда неблагоприятных факторов. Неблагоприятные факторы и разнообразные причины возникновения косолапости могут быть отнесены к нарушению нормального развития зародыша, механическим факторам (давление на стопы эмбриона амниотическими тяжами, узлами, пуповины,

мускулатурой матки, опухолями, маловодие и другие причины), токсоплазмозу, неблагоприятной наследственности[1,2,5].

Гиппократ рассматривал врожденную косолапость как врожденный вывих костей стопы. Сторонники этой теории считают, что при врожденной косолапости преобладает нарушение формы и соотношения костей стопы (Н.А.Крышовой., 2013), Ю.М.Уфлянд и О.В.Плотникова., 2001, З.Ю.Остен-Сакен., 2007. Многие авторы увязывают причину косолапости с нарушениями в центральной и периферической нервной системе Е.А.Ставская., 2006. Некоторые авторы относят врожденную косолапость к порокам первичной закладки, отмечая частое сочетание ее с другими пороками развития опорно-двигательного аппарата: от 10% до 30,4% случаев – по данным М.А.Лифиц., 2005, Е.А.Абальмасова., 2001.

На основании вышеизложенного можно считать врожденную косолапость полиэтиологичной деформацией. Вместе с тем косолапость может являться одним из признаков такого системного заболевания как артрогрипоз и другие как врожденные, так и приобретенные заболевания[1,2,4,6].

Цель исследования: на основании исследования найти оптимальные варианты консервативного лечения врожденной косолапости у детей с последующим восстановлением функции стопы.

Материалы исследования: в данном сообщении обобщен опыт лечения больных с врожденной косолапостью у детей, при котором изменены все ткани стопы. Из костей стопы резче всего изменены таранная кость, пяточная кость, кубовидная кость. Мягкие ткани и особенно подошвенная фасция стопы укорочены и сморщены по внутреннему краю стопы. Часто сухожилия мышц смещены. Сухожилия малоберцовой мышцы и длинного общего разгибателя пальцев перерастянуты, остальные мышцы контрагированы. Такие изменения находят при операциях по поводу врожденной косолапости у детей в возрасте старше 2-3 лет. Патологические

изменения у таких больных, часто имеют место не только в стопе, но и распространяется на весь опорно-двигательный аппарат. В связи с этим необходимо особенно тщательно исследовать каждого больного ребенка и при показаниях сделать ему рентгенограмму[7,8].

Ранее лечение врожденной косолапости является одной из важных задач детской ортопедии. До настоящего времени остается принцип, выдвинутый Сайером «выходя из комнаты родильницы, не забудьте исправить косолапость у новорожденного». Признавая, принцип Сайера детские ортопеды по-разному претворяют его в жизнь, так как в вопросах раннего лечения врожденной косолапости пока еще существует много спорных вопросов.

Большинство детских ортопедов не рискуют проводить этапные коррекции с первых дней жизни ребенка; ранее лечение они начинают с осторожных, нежных ручных редрессаций и коррекций деформации с последующей фиксацией стопы мягкими фланелевыми бинтами по Финку-Эттингену. Гипсовые циркулярные повязки с обязательной ватной прокладкой накладывают с 1-5 месячного возраста ребенка (Корнилова К.Н., 2003; Гончарова М.Н., 2005; Биезин А.П., 2007). Однако фланеловое бинтование по Финку-Эттингену имеет ряд недостатков, также и другие ранее применявшие методики, так как не устраняют полностью аддукцию и супинацию стопы и не излечивает деформацию средней формы тяжести. Создавая иллюзию лечения, отдалает сроки начала действительного эффективного лечения. Поэтому мы считаем важным применение вышеуказанных методов нецелесообразным и неэффективным и в связи с этим рекомендуем его не применять[3,4,6].

В отделении детской травматологии и ортопедии клиники медицинского института Каракалпакстана лечили 26 больных с средней формой тяжести врожденной косолапости.

Больные – 19 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 1-3 лет. У 3 больных зафиксировали аддукцию и супинацию в подтаранных суставах. У 4 больных подвывих ладьевидной и кубовидной костей кнутри и в сторону подошвы. У 7 больных подвывих таранной кости вперед. У 6 больных подошвенное сгибание, супинация и ротация стопы внутрь в голеностопном суставе. У 4 больных внутренняя торсия костей голени. У 2 больных переразгибание, ротация и вальгусное отклонение голени в коленном суставе

В связи с тем, что ранее примененные методы были сопряжены со значительными удлинением срока лечения и довольно обременительны для родителей и ребенка. Все это побудило модифицировать общепринятую методику лечения. Мы в лечении своих больных детей применили методику раннего функционального лечения врожденной косолапости по методике, разработанного ЦИТО.

Сущность методики раннего функционального лечения врожденной косолапости у больных детей заключается: 1) в направленном функциональном (активно-пассивном) воздействии на определенные мышечные группы для коррекции деформации в этапной гипсовой повязке; 2) в применении этапных тугоров из полимерных материалов (чаще – из половика), фиксирующих стопы и позволяющих включить в комплекс лечебных мер физиотерапию, лечебную физкультуру, ванны и массаж[5,910].

Для направленного воздействия на определенные мышечные группы в глухой гипсовой повязке необходимо: а) наличие свободного пространства под гипсовой повязкой для движения стопой в сторону коррекции деформации.

Под отвердевшей гипсовой повязкой создают свободное пространство удалением клиновидной прокладки из вспененного полиэтилена, ранее пригипсованной на стороне, в которую необходимо осуществить коррекцию. Препятствием движения стопы в сторону деформации служит гипсовая повязка и вкладыш из полимера или ваты.

Полимер с закрытыми порами (вспененный полиэтилен, пенорезина и др.) является хорошим материалом для клиновидных прокладок благодаря комплексу основных свойств (эластичность, гигиеничность, индифферентность, несмачиваемость и др., а также легкость обработки). Клиновидной прокладке из полимера можно придать требуемую форму, изогнуть и хорошо подогнать к стопе; ее также можно легко удалить после затвердения гипсовой повязки.

У наших больных редрессацию проводили медленно постепенно, под контролем мускульного чувства, растягивая мягкие ткани и связки стопы. Достигнутое корригированное положение стопы фиксировали этапной гипсовой повязкой с клиновидной прокладкой. Мы в применении модифицированной гипсовой повязки, соблюдали некоторые детали, которые сами по себе, возможно, не являются важными, но взятые вместе, приносят наложения повязки. Продолжать коррекцию косолапости и фиксацию стопы гипсовыми повязками необходимо до полного устранения всех компонентов деформации, т.е. до гиперкоррекции.

Мы всем больным гипсовую повязку накладывали от верхней трети бедра к стопе, так как при фиксированном в согнутом положении в коленном суставе легче корригировали деформацию стопы, так как при согнутом коленном суставе точки прикрепления икроножной мышцы сближаются и стопа, освобожденная от тяги мышц, легче поддается коррекции. После затвердения гипсовой повязки клиновидную прокладку удалили.

Гипсовую повязку накладывали на срок от 12 до 28 дней, в зависимости возраста ребенка. За эти дни связочно-мышечная контрактура ослабевает, связки растягиваются, и стопа без боли и насилия поддается еще некоторой коррекции.

После снятия гипсовой повязки по истечению срока использовали теплую ванну, массаж и сразу накладывали новую гипсовую повязку. Делать перерыв на один, два или на несколько дней решили не рисковать, так как

даже за это время стопа может принять прежнее положение. После снятия гипсовой повязки у 3 наших больных обнаружили ссадины и потертости которых обработали и наложили новую гипсовую повязку, необходимости в вынужденном перерыве не было.

По методике примененного нами метода раннего функционального лечения у больных все компоненты врожденной косолапости исправляли одновременно, без насилия, начиная с дистального отдела стопы.

Вывод: при консервативном лечении врожденной косолапости, рекомендуем применение методики раннего функционального лечения, и оно должно быть ранним (с первых дней жизни ребенка), комплексным, методически правильным, максимально щадящим, и в связи с исключительным многообразием клинических форм и особенностями их проявлений у каждого больного строго индивидуальным.

Использованная литература:

1. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В. Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата и причины их происхождения. Ташкент: Медицина, 2001 – 178 с.
2. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В. Лечение врожденных и диспластических деформаций опорно-двигательного аппарата у детей и подростков – Ташкент: Медицина, 2000 – 261 с.
3. Биезин А.П. Врожденные деформации у детей. – М.: Медицина. 2007 – 87с.
4. Крышовой Н.А. Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата у детей. – М.: Медицина. 2013 – 117 с.
5. Плотникова О.В. Амбулаторное лечение детей и подростков с врожденной патологией. – Л.: Медицина – 2001 – 124 с.
6. Ставская Е.А. Лечение врожденных деформаций у детей и подростков. М.: Медицина. 2006 – 104 с.