

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2012

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

М.Э. Кобзева, Л.К. Михайлова, И.В. Леванова, С.Э. Кралина, Н.Ю. Матвеева



ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» Минздравсоцразвития России

Ключевые слова: врожденная косолапость, метод Виленского — Понсети, ахиллотомия, раннее лечение.

Long-Term Results of Early Treatment for Congenital Clubfoot (Clinical Case)

M.E. Kobzeva, L.K. Mikhailova, I.V. Levanova, S.E. Kralina, N.Yu. Matveeva

Key words: congenital clubfoot, Vilenskiy-Ponseti method, achillotomy, early treatment

Лечение врожденной косолапости у детей представляет одну из сложных проблем детской ортопедии [2, 5]. Эта врожденная аномалия выявляется у 1–2 детей на 1000 новорожденных и без надлежащего лечения может приводить к инвалидности. По данным [3, 6], врожденная косолапость составляет 36–40% в структуре ортопедических заболеваний у детей.

Начинают лечение с момента выявления деформации стопы. Нижней возрастной границы для лечения врожденной косолапости не существует. По мнению ряда авторов [1, 2, 6], начинать лечение всегда следует с консервативных мероприятий и лишь при необходимости выполнять операции.

В детской поликлинике ЦИТО пациентам, обратившимся с диагнозом врожденной косолапости, лечение проводится двумя методами: Виленского и Понсети.

Анализ клинических наблюдений показал, что результат лечения зависит от степени тяжести клинических проявлений врожденной косолапости, своевременности и полноты оказания квалифицированной помощи, эффективности использованных методов лечения на амбулаторном этапе.

В качестве примера успешного сочетания методик лечения по Виленскому и Понсети приводим клиническое наблюдение.

Больная М., 5 нед, поступила в детскую поликлинику ЦИТО с диагнозом: врожденная правосторонняя косолапость тяжелой степени (5 баллов по шкале Пирани) [4].

Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности (старший ребенок, 1992 года рождения, здоров). Роды на 40-й неделе оперативные. Масса тела при рождении 3930 г, длина 56 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу. Антенатально заболевания не выявлено. В семье патологии стоп родители не отмечают.

Диагноз поставлен в роддоме, но до 5-недельного возраста никакого лечения ребенку не проводилось. Ортопед по месту жительства рекомендовал обратиться за лечением в возрасте старше 1 мес.

При поступлении выявлена выраженная эквино-варусная деформация правой стопы: эквинус стопы 120°, варус пятки 20°, супинация стопы 30°, приведение переднего отдела 80° (рис. 1). Лечение проводили функциональными гипсовыми повязками с клином (по методу Виленского). Всего было 3 повязки. Первая гипсовая повязка была наложена сроком на 2 нед, две последующие — на 3 нед каждая.

В возрасте 3 мес была достигнута полная коррекция всех компонентов деформации стопы. Для удержания стопы в положении коррекции ребенку был изготовлен индивидуальный тутор из полимерного материала, что позволило включить в комплекс лечебных мероприятий ЛФК, массаж и физиолечение (парафин-озокеритовые аппликации на область стопы и голеностопного сустава). Тутор изготовили из термопластического материала «Поливик» непосредственно по стопе ребенка.

Однако на фоне проводимых реабилитационных мероприятий в возрасте 9 мес у ребенка выявлен рецидив деформации — эквинус правой стопы 110° (рис. 2), приведения переднего отдела и варуса пятки не было.

В связи с рецидивом была выполнена операция — закрытая ахиллотомия. В условиях 10-го отделения ЦИТО, после обработки операционного поля растворами антисептиков, произведен прокол кожи медиальнее от ахиллова сухожилия на 1,5 см выше пяточной кости с последующим его полным пересечением (рис. 3). Необходимости в наложении швов не было, заживление раны

Рис. 1. Внешний вид стопы ребенка при поступлении.



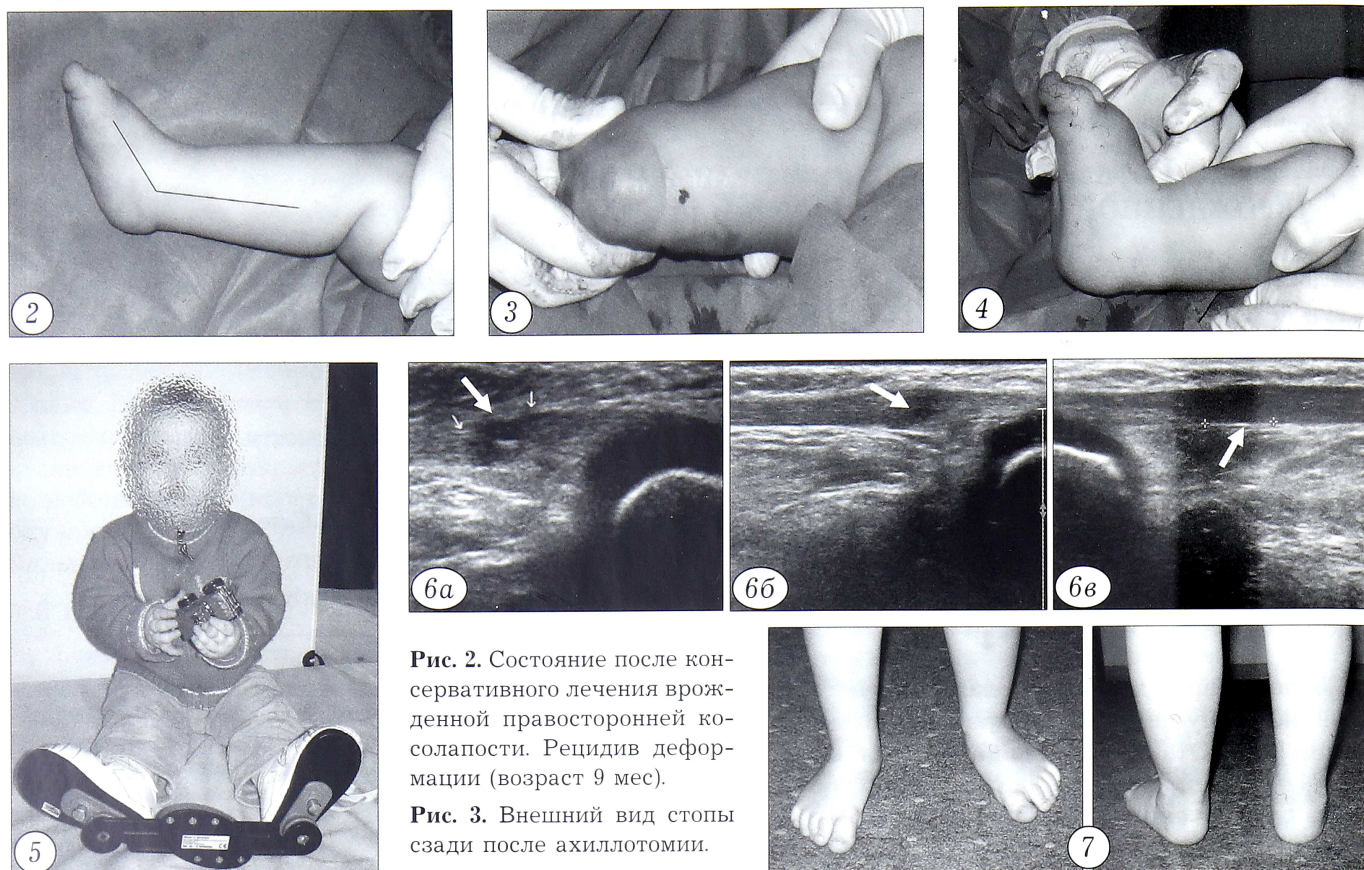


Рис. 4. Функция стопы после ахиллотомии. Стопа выведена в положение разгибания 80°.

Рис. 5. Внешний вид ребенка в брейсах (возраст 1 год).

Рис. 6. Сонограммы ахиллового сухожилия через 1 мес (а), 4 мес (б) и 2 года (в) после ахиллотомии справа.

Рис. 7. Внешний вид стоп больной в возрасте 3 лет.

первичным натяжением. После пересечения сухожилия стопа вывелась в положение разгибания стопы до угла 80° (рис. 4). На послеоперационную рану наложена асептическая повязка. Конечность фиксирована гипсовой повязкой: сгибание в коленном суставе под углом 90°, разгибание стопы 80° и отведение переднего отдела 40°. Срок фиксации 4 нед. В стационаре ребенок находился в течение суток.

Для удержания стопы в положении коррекции, достигнутом после ахиллотомии, были назначены брейсы Alfa-flex (рис. 5). Правую стопу фиксировали в отведении 70°, разгибании 80°, а левую — в отведении 40°, разгибании 90°. Первые 3 мес брейсы носили 23 ч в сутки, а затем стали оставлять только на время сна, на 14–16 ч, днем используя антиварусную обувь.

До операции (в возрасте 9 мес), через 1 и 4 мес (в 10 и 13 мес соответственно) и 2 года после ахиллотомии было выполнено УЗИ ахиллова сухожилия (рис. 6). На представленных сонограммах четко прослеживается процесс восстановления ахиллова сухожилия в послеоперационном периоде. Через 1 мес область ахиллотомии представлена зоной пониженной эхогенности неоднородной структуры с нечеткими контурами длиной 0,5 см. Нормальная ткань сухожилия в этой области не прослеживается, окружающие мягкие ткани не изменены (см. рис. 6, а). Через 4 мес в области ахиллотомии по-прежнему визуализируется участок пониженной эхогенности длиной около 0,3 см (рубцовая ткань). Контур ахиллова сухожилия четкие, ровные, однако нормальная структура сухожилия в области оперативного вмешательства отсутствует (см. рис. 6, б). Через 2 года после ахиллотомии при УЗИ

зона оперативного вмешательства четко не определяется. Выявлено незначительное снижение эхогенности сухожилия на протяжении 0,3 см, при этом контуры сухожилия четкие, ровные и дифференцировка на отдельные волокна прослеживается на всем протяжении сухожилия (см. рис. 6, в).

Девочка ходит с 1 года 2 мес, правильно нагружая подошвенную поверхность стоп. В настоящее время носит брейсы, антиварусную обувь с пронатором, с родителями занимается ЛФК (рис. 7). Наблюдение продолжается.

Таким образом, метод Виленского — Понсети при правильном техническом исполнении высокоэффективен, обеспечивает устранение всех элементов врожденной косолапости у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бландинский В.Ф., Вавилов М.А., Торно Т.Э., Складнева А.Л. Лечение детей с врожденной косолапостью методом I. Ponseti // Материалы IV международной конференции «Лечение врожденных деформаций стоп у детей и подростков». — СПб, 2010. — С. 1.
2. Крестьяшин И.В. Дифференциальный подход к диагностике и лечению врожденной косолапости у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011.
3. Штутьман Д.А. Комплексный подход к диагностике и лечению врожденной косолапости у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.

4. Dimeglio A., Bensahel H., Souchet P. Classification of clubfoot //J. Pediatr. Orthop. — 1995. — Vol. 4B. — P. 129–136.
5. Ippolito E., Farsetti P., Caterini R., Tudisco C. Long-term comparative results in patients with congenital

clubfoot treated with two different protocols //J. Bone Jt Surg. (Am.). — 2003. — Vol. 85. — P. 1286–1294.

6. Ponseti I.V., Zhivkov M., Davis N. et al. Treatment of the complex idiopathic clubfoot //Clin. Orthop. Relat. Res. — 2006. — Vol. 451. — P. 171–176.

Сведения об авторах: Кобзева М.Э. — аспирант научно-поликлинического отделения; Михайлова Л.К. — профессор, доктор мед. наук, консультант научно-поликлинического отделения; Леванова И.В. — канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. научно-поликлинического отделения; Кралина С.Э. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. отделения детской ортопедии; Матвеева Н.Ю. — канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. отделения функциональной диагностики.

Для контактов: Кобзева Мария Эрнестовна. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: 8 (916) 553-08-45. E-mail: kobzeva_md@mail.ru

© С.А. Голобородько, 2012

ХРОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ТЫЛЬНОЙ МЕЖКОСТНОЙ МЫШЦЫ КИСТИ

С.А. Голобородько

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: хронический синдром сдавления, первая тыльная межкостная мышца кисти, фасциотомия.

Chronic Compartment Syndrome of the First Dorsal Interosseous Muscle of the Hand

S.A. Goloborod'ko

Key words: chronic compartment syndrome, first dorsal interosseous muscle of the hand, fasciotomy.

Синдромы сдавления рассматриваются как состояния, при которых по разным причинам увеличивается давление в ограниченном костно-фиброзном пространстве, что ведет к нарушению перфузии и функции тканей, находящихся в этом замкнутом пространстве. Синдром сдавления может быть как острым, так и хроническим [11].

Описания хронического синдрома сдавления на верхней конечности в литературе встречаются довольно редко [4]. В доступной отечественной литературе мы не обнаружили ни одной работы о хроническом синдроме сдавления первой тыльной межкостной мышцы кисти. Считаю интересным представить следующее клиническое наблюдение.

Больная Б., 33 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в правой кисти, отдающие в область локтевого и плечевого суставов. Больная также обращала внимание на наличие опухолевидного образования на тыльной поверхности первого межпальцевого промежутка правой кисти.

Из анамнеза известно, что боли возникли без особой причины около двух месяцев назад. Тогда же появилось и опухолевидное образование, которое постепенно увеличилось в размерах. Для купирования боли, которая иногда имела место и ночью, пациентка принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Установлено также, что больная работает на железнодорожной станции дежурной по отправлению и в ее обязанности входит перенос железных «башмаков» (массой около 9 кг) на расстояние до 250–300 м. На этот факт первоначально мы не обратили никакого внимания.

При осмотре кисти отмечено незначительное увеличение объема мягких тканей в первом межпальцевом промежутке. При пальпации в области проекции первой тыльной межкостной мышцы определялось туго-эластичное, подвижное, безболезненное опухолевидное образование диаметром до 2–3 см. Кожные покровы над образованием были неизмененными, подвижными. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижные. Чувствительных, двигательных и сосудистых расстройств не наблюдалось. Проведенные рентгенография и УЗИ кисти не выявили какой-либо патологии. Был выставлен предварительный диагноз: мягкотканное опухолевидное образование первого межпальцевого промежутка правой кисти. Принято решение об оперативном вмешательстве с целью ревизии и удаления опухолевидного образования.

Через S-образный разрез кожи на тыльной поверхности первого межпальцевого промежутка над проекцией опухолевидного образования была рассечена тыльная фасция кисти. Обнаружена резко гипертрофированная первая тыльная межкостная мышца (см. рисунок). Про-

Интраоперационное фото. Гипертрофированная первая тыльная межкостная мышца.

