

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ*О.А. Малахов, В.Я. Виленский, Д.А. Штульман*

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

В поликлинике ЦИТО проведено лечение 207 детей с врожденной косолапостью по функциональной методике, предложенной В.Я. Виленским. Суть методики состоит в направленном воздействии на определенные группы мышц в гипсовой повязке и последующем применении этапных фиксирующих туторов из полимерного материала (поливик). 126 детей поступили на лечение в периоде новорожденности (первая группа), 57 пациентов — в возрасте 2–5 лет после безуспешного лечения в других учреждениях (вторая группа), 24 больных лечились по поводу рецидива деформации после консервативной терапии (третья группа). В сроки наблюдения от 1 года до 25 лет хороший результат лечения констатирован в первой группе у 94 (74,6%) больных, во второй — у 31 (54,4%) и в третьей — у 9 (37,5%). Удовлетворительный результат отмечен соответственно у 15 (11,9%), 8 (14%) и 5 (20,8%) детей, неудовлетворительный — у 17 (13,4%), 18 (31,6%) и 10 (41,6%) больных.

In outpatient department of CITO 207 children with clubfoot were treated by Vilenskiy's functional technique. After application of plaster bandage from the middle third of the femur to the toes the influence was directed on the certain muscle groups. Then step-by-step application of fixative tutors from polymeric materials (polivik) was used. There were 3 groups of patients: Ist group — 126 patients were treated starting from the first month of life; IInd group — 57 patients, aged 2–5 years, after failed treatment at other hospitals; IIIrd group — 24 patients with recurrence of the deformity after conservative treatment. Follow up ranged from 1 to 25 years. Good results were achieved in 94 cases (74.6%) (I group), 31 (54.4%) (II group) and in 9 patients (37.5%) (III group). Satisfactory results were noted in 15 (11.9%), 8 (14%), 5 (20.8%) patients, respectively, and unsatisfactory results in 17 (13.4%), 18 (31.6%) and 10 (41.6%), respectively.

Врожденная косолапость по частоте занимает одно из первых мест среди деформаций опорно-двигательного аппарата. У мальчиков она встречается почти в 2 раза чаще, чем у девочек. Случаев двусторонней косолапости больше, чем односторонней. Сочетание с другими врожденными патологиями (врожденный вывих бедра, кривошея и др.) наблюдается примерно у 10% больных [6]. Лечение этой патологии посвящено большое число работ, однако и сегодня данная проблема сохраняет свою актуальность. Это связано с тяжестью и разнообразием форм врожденной косолапости, а также с выраженной склонностью ее к рецидивированию [5]. По принципиальным вопросам тактики лечения врожденной косолапости в настоящее время достигнуто относительное согласие. Практически не обсуждается положение, что чем раньше произведена коррекция деформации, тем правильнее и пропорциональнее идет дальнейший рост и развитие стопы [4]. При отсутствии своевременного лечения деформация стоп прогрессирует, походка ребенка становится неправильной [3].

Наиболее старый метод лечения врожденной косолапости — консервативный. Существует множество методик бескровного лечения этой патологии, что косвенно подтверждает нерешенность данного вопроса [7]. Лечение следует начинать в пер-

вые дни жизни ребенка, не применяя грубой силы, постепенно исправляя деформацию. В этом возрасте у детей изменения связаны главным образом с нарушением соотношения отдельных костей. Податливые и пластичные ткани ребенка обладают большой способностью к восстановлению формы. Позиция многих ортопедов не накладывать корригирующих гипсовых повязок с первых дней жизни ребенка, советы родителям ежедневно проводить осторожные редрессации стопы с последующим мягким фланелевым бинтованием по Финку—Эттингену являются ошибочными. Мягкое бинтование неэффективно при средней и тяжелой степени врожденной косолапости. Использование таких повязок в течение длительного времени исключает возможность проведения лечебной гимнастики, массажа, физиотерапии [1].

В детской поликлинике ЦИТО применяется методика раннего амбулаторного функционального лечения врожденной косолапости с помощью изделий из полимерных материалов, предложенная в 1973 г. В.Я. Виленским [12]. Она основана на особенностях анатомического развития проводящих путей у новорожденных и использовании свойств полимерных материалов с закрытыми порами (вспененная резина и др.). Кожные тактильные анализаторы у новорожденных функционируют с пер-

вых дней жизни. При раздражении кожных анализаторов подошвенной поверхности стопы и пальцев ребенок реагирует сгибательно-разгибательными движениями в голеностопном суставе. Непрерывные некоординированные движения в соответствии с анатомическим развитием пирамидных проводящих путей к 3–4 мес приобретают определенную направленность. Эту функциональную особенность развития ребенка можно использовать для коррекции деформации.

Суть методики заключается в направленном функциональном воздействии на определенные группы мышц (экстензоры стопы и др.) с целью коррекции деформации в гипсовой повязке и применении этапных фиксирующих стопу туторов из полимерного материала (поливик), позволяющих проводить физиотерапию, лечебную физкультуру, ванны и массаж.

Для направленного воздействия на определенные группы мышц голени в глухой гипсовой повязке необходимо свободное пространство, обеспечивающее возможность производить движения стопы кнаружи и кверху (в сторону коррекции деформации), и наличие препятствия для движений кнутри и в подошвенную сторону. Свободное пространство под отвердевшей гипсовой повязкой создается удалением клиновидной прокладки из полимерного материала (рис. 1), ранее пригипсованной к стопе, на стороне, в которую необходимо осуществить коррекцию. Препятствием для движений стопы «в сторону деформации» служат гипсовая повязка и вкладыши из вспененной резины или ваты.

Гипсовая повязка применяется с первых дней жизни ребенка. Ее накладывают на трикотажный чулок без ватно-марлевой прокладки от верхней трети бедра к стопе. При этом коленный сустав согнут под углом 90° (рис. 2). Это связано с тем, что исправить деформацию стопы больше всего мешает напряжение двусуставной икроножной мышцы. В положении сгибания коленного сустава происходит сближение точек прикрепления этой мышцы, следовательно, уменьшается сила тяги, действующая на стопу, и стопа легче поддается коррекции (рис. 3). При наложении короткой гипсовой повязки отрицательным моментом является

давление на тыл стопы, оказываемое самой повязкой [2]. Функциональная гипсовая повязка не имеет этого недостатка, так как давление в этом случае приходится на переднюю поверхность бедра.

Редрессацию проводят медленно, постепенно растягивая мягкие ткани и связки стопы. Все компоненты деформации устраняют одновременно, не применяя при этом насилия. Для устранения подвывиха таранной кости стопу поворачивают кнаружи, а затем устраняют эквинус. Наружный поворот стопы очень важен. Попытка устранить эквинус путем давления на передний отдел стопы кверху, без поворота стопы кнаружи, не устраняет подошвенного сгибания в голеностопном суста-



Рис. 1. Клиновидные прокладки из вспененной резины.

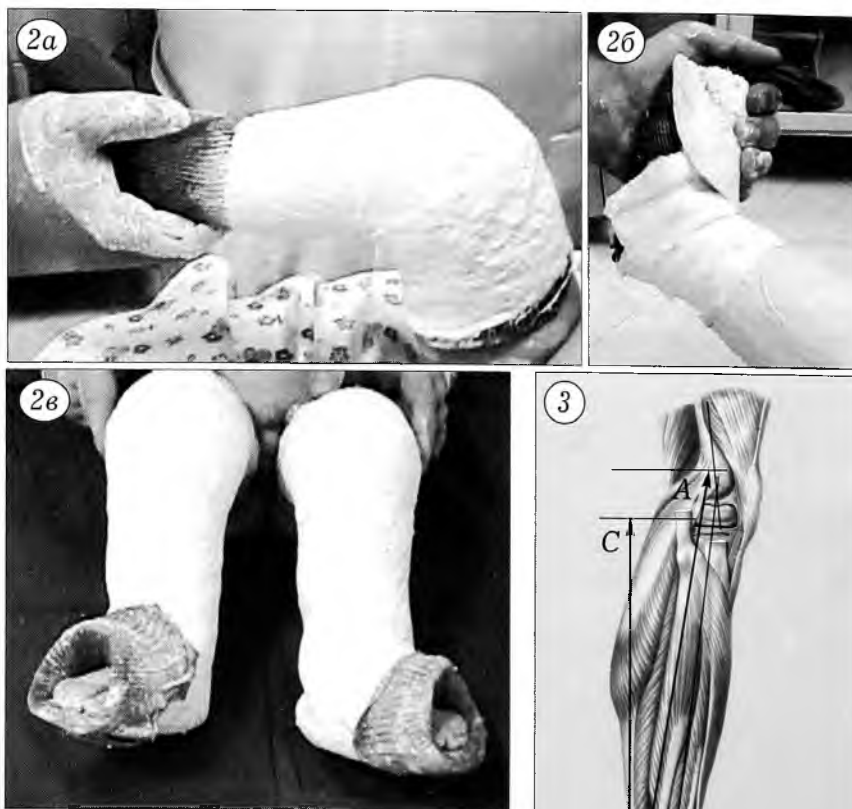


Рис. 2. Методика наложения функциональной гипсовой повязки.

а — первый этап наложения повязки; б — пригипсовывание клиновидной прокладки из вспененной резины; в — готовая гипсовая повязка со свободным пространством.

Рис. 3. Точки прикрепления икроножной мышцы (схема).

А–В — расстояние между точками прикрепления икроножной мышцы при разогнутом коленном суставе, С–D — при согнутом под углом 90° коленном суставе.

ве, а влечет за собой прогиб среднего отдела стопы книзу и может стать причиной ложной коррекции деформации или формирования «стопы-качалки».

Гипсовую повязку накладывают на 5, 7, 14, 28 дней — в зависимости от возраста ребенка и степени деформации. За это время происходит растяжение капсульно-связочного аппарата стопы и голеностопного сустава, и деформация без боли и насилия поддается исправлению. Продолжать коррекцию косолапости и фиксацию стопы гипсовыми повязками необходимо до полного устранения всех компонентов деформации, до их гиперкоррекции. Как правило, это достигается за 6–8 этапов.

Достигнутое корригированное положение стопы фиксируют тутором из поливика. Применение тьютора из поливика позволяет включать в комплекс лечебных мероприятий ЛФК, массаж, ванны и физиотерапию.

Мы считаем, что при изготовлении тьютора необходимо особое внимание уделять моделированию пяточной области, а пятке стараться придать вальгусное положение. Пока ребенок не начал ходить, тьютор изготавливается в положении гиперкоррекции, а после начала ходьбы — в среднем положении. Тьютор, изготовленный в положении гиперкоррекции и без выравнивания подошвы, при попытке ребенка встать и ходить усиливает торсию голени.

Продолжительность функционального лечения врожденной косолапости зависит от степени поражения тканей, особенностей и формы косолапости, возраста больного, а также от методичности выполнения всех лечебных мероприятий. По окончании консервативного лечения ребенок в течение года или даже дольше должен пользоваться тьютором во время сна для профилактики рецидива деформации, а также получать курсы восстановительного лечения.

Пример. Больной К., диагноз: врожденная двусторонняя косолапость. Беременность и роды без осо-

бенностей. Родители здоровы. Деформация выявлена в родильном доме. В возрасте 7 дней ребенок был направлен в детскую поликлинику ЦИТО. При осмотре: резко выражены все компоненты косолапости. Пятки, передний и средний отделы стопы находятся под прямым углом к продольной оси голени. Активные движения стопой возможны только «в сторону деформации». Пассивно деформация устраняется незначительно (рис. 4, а). Лечение по методике ЦИТО проводилось в течение 6 мес. Устранить все компоненты косолапости до положения гиперкоррекции удалось 6 этапными гипсовыми повязками. Ребенок хорошо ходит, полностью нагружая подошвенную поверхность стоп. Сохраняется незначительное приведение передних отделов стоп, которое пассивно устраняется до гиперкоррекции. В настоящее время ребенок пользуется тьютором во время ходьбы и сна. Проводятся курсы восстановительного лечения (ЛФК, массаж, физиотерапия). Результат лечения оценивается как хороший (рис. 4, б).

Методика функционального лечения врожденной косолапости оказалась эффективной и у детей более старшего возраста (2–5 лет), поступивших в детскую поликлинику ЦИТО после неудачного консервативного лечения в других учреждениях. У больных этой возрастной категории также применяются функциональные гипсовые повязки, но продолжительность иммобилизации в них увеличивается до 4 нед. В этом возрастном периоде костные изменения в стопе и голеностопном суставе становятся стойкими. Связки и сухожилия после многократных редрессаций и наложений гипсовых повязок фиброзно перерождаются и теряют эластичность. Число этапов определяется индивидуально и зависит от степени и податливости деформации стопы. В наших наблюдениях оно составило в среднем 10. Следует обратить внимание на то, что продолжительность применения тьютора в комплексе лечебных мероприятий также увеличивается. Курсы восстановительного лечения (массаж, физиотерапия) проводятся один раз в 3 мес. Лечебная гимнастика применяется ежедневно до окончания роста скелета стопы (14–16 лет).

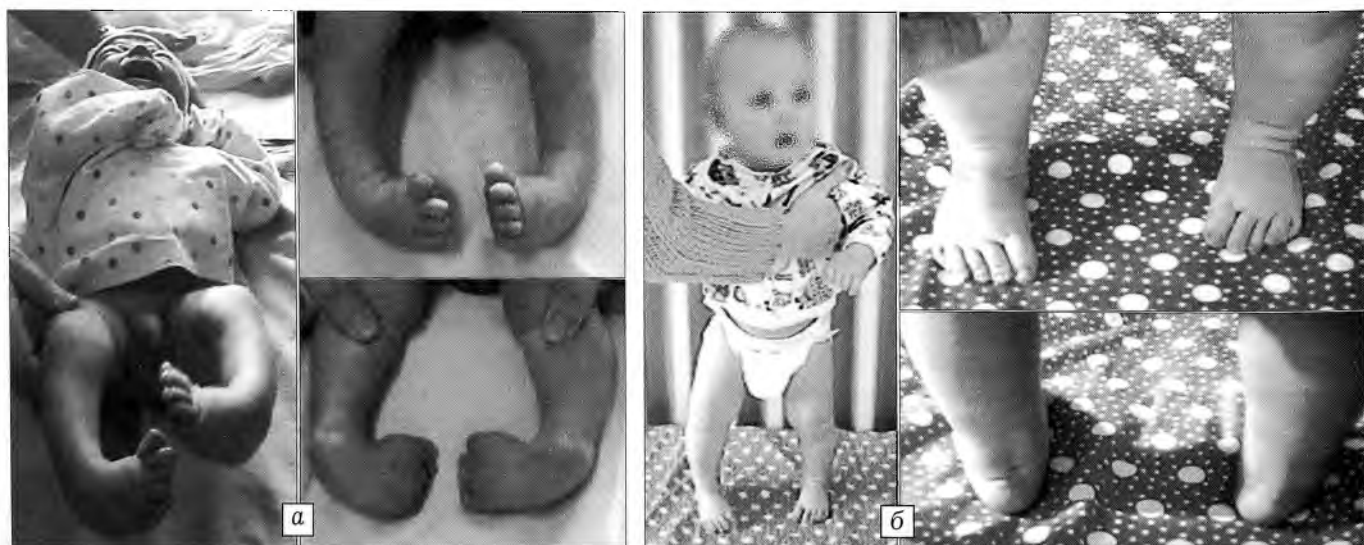


Рис. 4. Больной К., диагноз: врожденная двусторонняя косолапость, тяжелая степень. а — до лечения (возраст 10 дней); б — после консервативного лечения (возраст 9 мес).

Пример. Больная Б., диагноз: врожденная левосторонняя косолапость средней степени тяжести. Беременность и роды без особенностей. Деформация стопы выявлена в родильном доме. До 1 мес лечилась мягким бинтованием по Фику—Эттингену. Затем в лечебном учреждении по месту жительства проводились этапные редрессации и фиксация короткими гипсовыми повязками. Со слов матери, достичь гиперкоррекции положения стопы не удалось. После лечения этапными гипсовыми повязками была изготовлена гипсовая лонгета в среднем положении стопы. Проведено три курса массажа. В возрасте 1 года 2 мес ребенок начал самостоятельно ходить. Произошел возврат всех компонентов косолапости. В возрасте 2 лет 1 мес больная направлена в детскую поликлинику ЦИТО. При осмотре определяются все компоненты косолапости. Активные движения возможны только «в сторону деформации». Пассивно деформация устраняется незначительно. Лечение по методике ЦИТО проводилось в течение 10 мес. Устранить все компоненты косолапости до состояния гиперкоррекции стопы удалось наложением 8 этапных гипсовых повязок. Ребенок хорошо ходит, нагружая полностью подошвенную поверхность стопы. Имеются гипотрофия мышц левой голени, укорочение следа левой стопы. Тутор используется только во время сна. Проводится восстановительное лечение — ЛФК, массаж, физиотерапия (рис. 5).



Рис. 5. Больная Б., диагноз: врожденная левосторонняя косолапость средней степени тяжести, недостаточно корригированная консервативно. После лечения функциональным методом (возраст 4 года): внешний вид и объем тыльного сгибания стопы в голеностопном суставе.

последующим лечением — несоблюдения родителями мер ортопедической профилактики и медицинских рекомендаций.

Наш опыт показывает, что даже полное устранение всех компонентов косолапости, систематическое проведение профилактических мероприятий (иммобилизационный тутор, ЛФК, физиотерапия) не всегда предотвращают развитие рецидива деформации. Необходимо подчеркнуть, что достижение хорошей формы и функции стопы — это не конец лечения. Врожденная косолапость является наиболее часто рецидивирующей аномалией опорно-двигательного аппарата. Лечение рецидива деформации стопы проводится также по функциональной методике. После устранения рецидива деформации до положения гиперкоррекции лечение должно быть направлено на тренировку мышц голени и стопы для закрепления результатов достигнутой коррекции. Около половины всех рецидивов являются следствием пренебрежения

Пример. Больная Ж., диагноз: врожденная правосторонняя косолапость, рецидив деформации. Деформация выявлена с рождения. Лечилась с 10-дневного возраста в детской поликлинике ЦИТО. Коррекция деформации достигнута через 6 мес. Далее проводилось восстановительное лечение, использовался фиксирующий тутор на время сна. До 1 года родители регулярно являлись с ребенком на контрольные осмотры. Последующие 3 года диспансерное наблюдение не проводилось. Со слов матери, профилактическое лечение в этот период ребенок не получал. Обратились в клинику детской ортопедии повторно с рецидивом деформации справа. При осмотре определяются все компоненты косолапости (рис. 6, а). Деформация стопы была устранена до положения гиперкоррекции за 4 мес (4 этапа). При контрольном осмотре через 1 год: ходит хорошо, нагружая



Рис. 6. Больная Ж., диагноз: врожденная правосторонняя косолапость, рецидив деформации.

а — при поступлении по поводу рецидива (возраст 4 года): приведение переднего отдела стопы, варусное положение пяточного отдела, супинация и эквинусное положение стопы; б — через 1 год после проведенного консервативного лечения (возраст 6 лет).

всю подошвенную поверхность стопы (рис. 6, б). Пользуется фиксирующим тутором во время сна. Проводятся курсы восстановительного лечения (ЛФК, массаж, физиотерапия). Для профилактики рецидива косолапости рекомендовано изготовление ортопедической обуви.

В комплексном лечении врожденной косолапости нельзя исключать применение ортопедической обуви. Дети с двусторонней деформацией стоп ортопедической обувью не пользуются. Мы рекомендуем для нивелирования высоты каблука поднимать в обычной обуви передний отдел подошвы путем подклеивания резины. Подклеивать резину в наружной части подошвы ботинка по типу пронатора не следует — это лишь усиливает аддукцию стопы. При односторонней косолапости в случаях, когда после проведенного лечения остаются укорочение конечности на стороне деформации и значительная разница в длине следа стоп, показана ортопедическая обувь. Назначают высокие ботинки, сделанные по прямой или вальгусной колодке, с прямым или отведенным передним отделом, «крутым» краем задника, круговыми или жесткими внутренними берцами. Задник для больной конечности с внутренней стороны продлевают до носка, а с внешней — до основания V плюсневой кости. По показаниям компенсировать укорочение вдоль всей подошвы и назначают пронатор. Для повышения боковой устойчивости каблук относят кнаружи. На здоровой стороне желательна выкладка продольного свода. Применение коска для компенсации укорочения может стать причиной рецидива косолапости.

Результаты лечения врожденной косолапости по методике ЦИТО прослежены в сроки от 1 года до 25 лет у 207 больных, которые были разделены на три группы. Первую группу составили 126 детей, поступивших на лечение в клинику детской ортопедии ЦИТО в периоде новорожденности. Во вторую группу вошли 57 больных, поступивших после лечения в других учреждениях, оказавшегося неэффективным. К третьей группе отнесены 24 пациента с рецидивом деформации после консервативного лечения в поликлинике ЦИТО. Полученные результаты оценивали по 3-балльной системе: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный.

Хороший результат — в процессе лечения удалось устранить все компоненты косолапости и

достичь гиперкоррекции; больной хорошо ходит, опираясь на всю подошвенную поверхность стопы. Такую оценку в первой группе получили 94 (74,6%) больных, во второй — 31 (54,4%), в третьей — 9 (37,5%).

Удовлетворительный результат — клинически отмечается полное устранение всех компонентов косолапости, однако достичь гиперкоррекции не удалось; больной хорошо ходит, опираясь на всю подошвенную поверхность стоп, но сохраняются незначительное приведение переднего отдела стопы, атрофия мышц голени. В первой группе такой результат получен у 15 (11,9%) больных, во второй — у 8 (14%) и в третьей — у 5 (20,8%).

Неудовлетворительный результат — несмотря на проведение всего комплекса консервативного лечения, компоненты косолапости устранены не полностью. Неудовлетворительный результат констатирован у 17 (13,5%) детей первой группы, у 18 (31,6%) — второй и у 10 (41,7%) пациентов третьей группы. В дальнейшем этим больным было рекомендовано хирургическое лечение.

Представленная методика консервативного лечения врожденной косолапости патогенетически обоснованна, эффективна и проста. Раннее функциональное лечение данной патологии имеет и профилактическое значение, предупреждая прогрессирование деформации и наступление в дальнейшем инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский В.Я., Шумейко В.Н. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. — М., 1981. — Вып. 23. — С. 118–119.
2. Виленский В.Я. Консервативное лечение врожденной косолапости с помощью изделий из полимерных материалов: Метод. рекомендации. — М., 1983.
3. Зацепин Т.С. Врожденная косолапость и ее лечение в детском возрасте. — М., 1947.
4. Малахов О.А., Волков С.Е. // Травматология и ортопедия: Руководство для врачей / Под ред. Ю.Г. Шапошниковой. — М., 1997. — Т. 3. — С. 309–326.
5. Мороз П.Ф. Хирургическое лечение врожденной косолапости. — Кишинев, 1976.
6. Ставская Е.А. Врожденная косолапость и ее лечение в раннем детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 1971.
7. Kite J.H. // Clin. Orthop. — 1972. — N 84. — P. 29.

НАУЧНЫЕ ФОРУМЫ ЗА РУБЕЖОМ

СИКОТ/СИРОТ Международный конгресс 2002
(**SICOT/SIROT Triennial World Congress 2002**)

23–30 августа 2002 г.

Сан Диего, Калифорния, США

Информация:

Congress Organiser Sorelcomm Inc
62 President Kennedy Ave Suite 1010
Montreal Quebec, Canada H3A 1K2
Tel: +514-499-8920
Fax: +514-499-8921
Email: sorecom@microtexp.net
Website: si2002@globetrotter.net

XXXIV Научный конгресс Польского общества ортопедии и травматологии (The XXXIV Scientific Congress of the Polish Society of Orthopaedics and Traumatology)
18–21 сентября 2002 г.

Bydgoszcz, Польша

Информация:

Congress Organising Committee
Polish Society of Orthopaedics and Traumatology
Department of Orthopaedics University Hospital
M. Skłodowskiej-Curie 9 str.
85-094 Bydgoszcz, Poland
Email: kkoirt@aci.amb.bydgoszcz.pl