

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Пунышев П.Н., Лапин А.А., Хапалова В.Ю.

Врожденная косолапость является одним из наиболее распространенных пороков развития у детей. Среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата по данным различных авторов составляет до 40% деформаций нижних конечностей (Волков М.В., 1983 г., Краснов А.Ф., 1998 г.).

В ортопедо-травматологическом отделении ОДКБ проведено лечение 51 больного с врожденной косолапостью в возрасте от 3 недель до 9 лет. Средний возраст больных в момент обращения 11 месяцев. У 3 больных - нетипичная форма (5,8%). У 2 из них косолапость при артрогрипозе, у 1 косолапость сопровождается амниотическими перетяжками.

24 больным проводилось консервативное лечение амбулаторно. Возраст при обращении от 3 недель до 4 месяцев - средний возраст - 2,3 мес. У 15 больных (62,5%) деформация двухсторонняя, у 6 больных (25%) - правосторонняя, у 3 (12,5%) - левосторонняя. С 3-недельного возраста проводили лечение этапными гипсовыми повязками при постепенной коррекции деформации. Гипсовая повязка накладывалась в положении согнутого коленного сустава до угла 90-100 град, до паховой складки. Гипсовые бинты накладывались на тонкий слой ваты и бинт. После полного устранения всех элементов деформации продолжалась фиксация еще до 3 месяцев для закрепления полученной коррекции. Затем при стойком устранении деформации, возможной легкой гиперкоррекции накладывалась повязка до коленного сустава или шина, заказывалась ортопедическая обувь и шины для сна.

Оперативное лечение проводили, начиная с 5-6 месячного возраста. Считаем оправданным принцип ранней хирургической коррекции деформации, если при проведении консервативного лечения на протяжении 3-4-5 месяцев остается неустраненным 1 или несколько элементов деформации. Также переходим к оперативному лечению, если при продолжающейся коррекции сохраняется выраженное напряжение задней группы мышц, что может привести к грубым нарушениям формы пяточной кости, формированию "стопы-качалки", когда кажущаяся коррекция эквинусного положения осуществляется за счет прогиба стопы на уровне Шопарова сустава.

Выполнено 39 операций 27 больным в возрасте от 5 месяцев до 9 лет. Средний возраст оперированных больных составил 1 год 9 месяцев. 11 из 27 оперированных больных направлены для оперативного лечения в возрасте до 9 месяцев, 16 больных - в возрасте от 9 месяцев до 9 лет.

У детей до трехлетнего возраста производили оперативное вмешательство на сухожильно-связочном аппарате стопы и голеностопного сустава. В 7 случаях произведена ахиллопластика с лигаментокапсулотомией по задней поверхности голеностопного сустава. В 24 случаях выполнена операция

Зацепина. в 5 случаях - операция Штурма-Зацепина. У 3 больных в возрасте старше 3 лет произведено оперативное вмешательство на сухожильно-связочном аппарате с наложением аппарата Илизарова. Это позволило в послеоперационном периоде путем постепенной дистракции устранить напряжение тканей по заднезадней поверхности, особенно сосудисто-нервного пучка, вывести стопу в правильное положение, вправить таранную кость в вилку голеностопного сустава и обеспечить декомпрессию таранной кости для предотвращения асептического некроза блока таранной кости. Длительность фиксации аппаратом составила от 1 до 1,5 месяцев. После снятия аппарата еще в течение 3 месяцев проводилась фиксация гипсовой повязкой, в которой больные ходили, нагружая конечность. После оперативного вмешательства проводилось восстановительное лечение, заказывалась ортопедическая обувь.

У всех больных, оперированных в возрасте от 5 до 9 месяцев, получены хорошие ближайшие результаты. У 1 больного с тяжелой степенью косолапости, оперированного в возрасте старше 1 года произошел рецидив деформации при прекращении должной фиксации гипсовой повязкой и ортопедической обувью. У 1 больного артрогрипозом, оперированного в возрасте 1,5 года, с обеих сторон произошел рецидив деформации справа. У 2 больных, оперированных в возрасте старше 3 лет, при полном анатомическом устранении деформации сохраняется неправильный стереотип ходьбы.

Таким образом, наиболее хорошие результаты получены при консервативном лечении этапными гипсовыми повязками с 3-недельного возраста и раннем оперативном лечении при тяжелой степени косолапости, начиная с 5-6-месячного возраста. Анализ результатов и собственные клинические наблюдения позволили нам сделать ряд выводов.

1. Консервативное лечение врожденной косолапости необходимо начинать с первых дней жизни ребенка. С 3-недельного возраста приступать к лечению этапными гипсовыми повязками при постепенной коррекции деформации.

2. Оперативное лечение начинать с 5-6-месячного возраста при отсутствии должного эффекта при консервативном лечении.

3. При выборе способа лечения необходимо учитывать форму косолапости.

4. При оперативном лечении операцией выбора в возрасте до 3 лет должна быть операция Зацепина, Штурма-Зацепина, в возрасте старше 3 лет - оперативное вмешательство на сухожильно-связочном аппарате с наложением аппарата Илизарова.

5. Диспансерное наблюдение за детьми с врожденной косолапостью должно продолжаться до окончания роста, включать контроль за использованием ортопедической обуви, периодическое физлечение, санаторно-курортное лечение.