

## КОРОЛЕВСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

ИНФОРМАЦИОННАЯ СПРАВКА  
Русскоязычная электронная версия

### ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

#### **Что такое врожденная косолапость?**

Это сложное нарушение анатомии и функции стопы и голени. Эти нарушения затрагивают кости, суставы, мышцы, сухожилия, а также нередко и сосуды и нервы. Косолапость формируется по не до конца понятным причинам на ранних сроках беременности.

Врожденная косолапость – одно из самых коварных ортопедических заболеваний. С одной стороны, у новорожденного ребенка может показаться, что деформация может быть легко исправлена, и нередко медработники, которые не очень хорошо знакомы с этим заболеванием, убеждают родителей в этом. Однако на определенном этапе косолапость перестает легко исправляться, а поскольку ребенок продолжает расти, то тяжесть изменений нарастает.

Необходимо помнить, что не полностью исправленная косолапость – это не исправленная косолапость. Ребенок начнет ходить и оставшиеся элементы косолапости будут препятствовать нормальной ходьбе.

С другой стороны, если косолапость вылечена полностью, стопа имеет правильную форму, нормально функционирует, позволяет носить обычную обувь, заниматься спортом и не вызывает болей и ограничения.

Традиционно косолапость у детей лечилась гипсовыми повязками, а при их неэффективности проводилась операция. Операции при косолапости – весьма серьезное вмешательство, при которых удлиняются и сшиваются сухожилия нескольких мышц, пересекаются связки стопы, вскрываются суставы, нередко уже у маленьких детей приходится вмешиваться и на костях стопы во время операции.

Игнасио Понсети (Ignacio Ponseti) - выдающийся ортопед, который в 1950-60-е годы разработал метод лечения косолапости, основанный на детальном изучении детской стопы в норме и при патологии. Игнасио Понсети решил проанализировать результаты операций по поводу косолапости через 20-30 лет, и столкнулся с тем, что нередко они были далеки от идеальных: суставы стопы были тугоподвижными, мышцы – слабыми, стопы болели и пациенты были вынуждены носить специальную обувь. Именно после этого он и разработал свой метод.

Лечение по методике Понсети – наиболее щадящий, эффективный и общепринятый в настоящее время способ лечения детей с косолапостью. Большинство ортопедов во всем мире признают метод Понсети в качестве «золотого стандарта» лечения косолапости. Впервые в Санкт-Петербурге в нашей клинике внедрен метод Понсети в том виде, в котором он предложен и пропагандируется автором и его последователями.

#### **Что необходимо знать родителям о методике Понсети:**

Лечение лучше начинать как можно раньше (при возможности - с первой недели жизни). Однако, метод эффективен практически в любом возрасте, но лечение может занять больше времени.

**Первая** часть лечения – исправление деформации гипсовыми повязками. Они меняются один раз в неделю и накладываются всегда от кончиков пальцев до верхней трети бедра. Повязки каждый раз накладываются в новом положении, за счет чего происходит исправление формы стопы. За время лечения косточки детской стопы также исправляются, поэтому очень важно начать правильное лечение максимально рано, пока возможность исправления больше. Обычно необходимо 4-7 повязок (соответственно, 4-7 недель) в зависимости от возраста ребенка и тяжести косолапости.

**Вторая** важная часть лечения – ахиллотомия. Дело в том, что ахиллово сухожилие при косолапости всегда укорочено и не дает пятке опуститься вниз. Из-за этого абсолютное большинство детей, которые лечатся по поводу косолапости, нуждается в его удлинении. Вслед за доктором Понсети мы используем самый щадящий метод его удлинения – закрытую ахиллотомию. Это вмешательство у детей до 2 лет проводится без наркоза и занимает всего несколько минут. После закрытой ахиллотомии само сухожилие и все его функции восстанавливаются максимально быстро. После ахиллотомии вновь накладывается гипс на 3 недели.

Таким образом, общий срок лечения в гипсе составляет в среднем 1,5-2 месяца. Необходимо отметить, что ни одна другая методика лечения косолапости не дает такого быстрого результата.

**Третья**, очень важная часть лечения – это закрепление полученного результата. Для этого используются специально разработанные приспособления – брейсы, которые состоят из пары ботиночек на раздвижной планке, которые фиксируют стопы в особом положении, что позволяет избежать возврата деформации. Первые 3 месяца после завершения лечения брейсы необходимо носить 23 часа в сутки, снимая их для переодевания и купания. Затем они надеваются только на время дневного и ночного сна. Носить брейсы в таком режиме необходимо до 2-4 лет, иначе возможен рецидив косолапости. Все остальное время ребенок пользуется обычной обувью и не ограничен ни в каких занятиях и играх.

### АРТРОГРИПОЗ

Входит в группу заболеваний, при которых отмечается несовершенное развитие тканей преимущественно мезодермального происхождения. Характеризуется врожденными множественными контрактурами. При артрогрипозе поражены все суставы конечностей, иногда и позвоночник. Активные и пассивные движения возможны в небольшом объеме, некоторые суставы вообще неподвижны. Для данного заболевания характерна атрофия мышц конечностей, иногда туловища. Одновременно страдает и нервная система (дегенерация отдельных периферических нервов, признаки задержки развития спинного мозга и пр.), что обуславливает паретическое состояние мышц. Вместе с тем электрическая возбудимость мышц и все виды чувствительности сохранены. Н. С. Косинская считает, что неправильное дифференцирование нервной системы является одной из многих составляющих сложного комплекса нарушений развития, лежащих в основе артрогрипоза. Для артрогрипоза характерно недостаточное дифференцирование и параартикулярных мягких тканей: суставные капсулы и связки недоразвиты и сморщены, кожа над суставами в местах сгиба натянута, что ограничивает движения и придает своеобразную сглаженность контуров суставов. Сами суставы при артрогрипозе также недоразвиты, суставные концы уплощены, а суставные поверхности уменьшены, часто наблюдаются подвывихи и вывихи в суставах.

По мнению многих авторов (Остен-Сакен Э. Ю., Никифорова Е. К., Рухман Л. Е. и др.), недостаточное дифференцирование и деформация суставов возникают вторично в результате формирования их в патологических условиях. Клинически различают две формы артрогрипоза: типичную с поражением нижних и верхних конечностей (иногда и позвоночника) и атипичную - с поражением только нижних или верхних конечностей. Для типичной формы характерно вынужденное положение конечностей (рис. 19). Руки приведены и находятся в состоянии внутренней ротации. Прижатые к туловищу плечи отводятся мало из-за сопротивления мягких тканей в подмышечной области. Локтевые суставы разогнуты, движения в них часто отсутствуют. Лучезапястные суставы согнуты и отклонены во фронтальной плоскости. Пальцы недостаточно развиты и как бы сжаты в кулак, при этом большой палец прижат к ладони. Бедра, как правило, отведены и согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Стопы находятся в положении типичной косолапости. Вынужденное положение суставов конечностей просматривается на фоне выраженной атрофии всех мышц. Контуры суставов и мышечных групп сглажены. Активные и пассивные движения или отсутствуют или сохраняются в малом объеме. Иногда описанная картина усугубляется вывихом в тазобедренных, коленных, плечевых и других суставах. Степень выраженности перечисленных симптомов артрогрипоза у различных больных неодинакова. Поэтому исходы заболевания и их трудоспособность связаны с состоянием мышц и объемом активных движений. Диагноз артрогрипоза не представляет трудностей. Рентгенологическое исследование уточняет форму и соотношение суставных концов. Лечение артрогрипоза длительное и сложное. Оно тем эффективнее, чем раньше начато и последовательнее проводится. К устранению деформаций и контрактур следует приступать с первых же дней жизни ребенка. До 3-месячного возраста основным методом лечения являются корригирующие упражнения, теплые ванны и массаж. В дальнейшем в амбулаторных условиях накладывают этапные гипсовые повязки для исправления косолапости, устранения сгибательного положения колена. Если заболевание сочетается с вывихом бедер, то под наркозом производят попытку устранить вывих в тазобедренных суставах. При косорукости накладывают корригирующие гипсовые лонгеты. После иммобилизации возобновляют лечебную гимнастику, массаж, электростимуляцию мышц. Достигнутое исправленное положение суставов удерживают съемными гипсовыми или полиэтиленовыми лонгетами, которые прибинтовывают на ночь. Днем ребенок ходит в ортопедических аппаратах или в ортопедической обуви. При неполной коррекции деформаций редрессации повторяют спустя 4-6 месяцев. На оперативное лечение больных артрогрипозом направляют после 5-6-летнего возраста при неустраненных консервативно деформациях. Применяют корригирующие остеотомии на бедре и голени, тено- и мио-томии, а также аппаратную коррекцию косолапости, различные виды артропластики и эндопротезирование.

Особые трудности представляет лечение деформаций верхних конечностей. Здесь основная задача добиться активного сгибания в локтевых суставах, чтобы в последующем облегчить самообслуживание пациентов. Так же, как и на нижних конечностях, лечение деформаций верхних конечностей раннее. Применяют лечебную гимнастику, массаж, электростимуляцию мышц плеча, этапные гипсовые лонгеты со сменой положения на сгибание и разгибание. Не всегда удается устранить косорукость и добиться восстановления функции кисти из-за недоразвития или отсутствия лучевого и локтевого сгибателей кисти. Поэтому, если сохранены движения пальцев, целесообразно сохранить хватательную функцию их в ущерб форме кисти.

При остаточных деформациях больные приспосабливаются не только к самообслуживанию, но и к некоторым видам работ. В клинике наблюдается больной Т., 26 лет, с типичной формой ар-трогрипоза. Лечился амбулаторно с трехмесячного возраста этапными редрессациями с последующим назначением лечебной физкультуры, массажа, тепла. Косорукость исправить не удалось. В подростковом возрасте выполнены корригирующие остеотомии бедер, серповидная резекция стоп с ахиллотомией, удлиняющая остеотомия левой голени. Нижние конечности приобрели правильную форму, но активные движения в суставах были ограничены. Косорукость осталась. Несмотря на это, Т. окончил профессиональное художественное училище и стал работать художником-оформителем. Часть рисунков-схем операций, помещенных в учебных пособиях по ортопедии, выполнены Т. в период проведения реабилитационного лечения в клинике. Таким образом, лечение артрогрипоза должно быть комплексным, длительным и непрерывным. Наилучшей формой организации лечения для данной группы больных являются специализированные санатории, оборудованные всеми современными средствами для консервативного и оперативного лечения, со школой и производственными мастерскими для трудового обучения больных. Несмотря на тяжесть первоначальных патологических изменений у многих больных при правильном и систематическом лечении удастся восстановить не только форму, но и в значительной мере функцию суставов, дать им возможность обслуживать себя и многих больных приобщить к полезной рабочей деятельности.