УДК 617.586-007.5-089.22

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА I.PONSETI В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭКВИНО-КАВА-ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Погосян И.А., Челчушев Д.А., Соснин Е.Б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области, детская клиническая больница восстановительного лечения, «Научно-практический центр «Бонум»,

Представлен опыт лечения детей с эквино-кава-варусной деформацией стоп различной этиологии по методике. Сравнение проводилось с группой детей, находившихся на этапах лечения врожденной косолапости по традиционной методике по Виленскому.
Доказана клиническая эффективность применения метода I.Ponseti по отношению к атипичной врожденной косолапости, относительная независимость положительного исхода лечения от возраста пациента, а также высокая эффективность данного метода в коррекции нейрогенных деформаций стопы.
Ключевые слова: врожденная косолапость, эквино-кава-варусная деформация стопы, I.Ponseti, ахиллотомия, брейсы.

Application of the method i. Ponseti in the treatment of different types of equinocavovarus deformities of foot in children

PogosyanI.A., Chelchushev D.A., Sosnin E.B.

Regional child center of speech pathology, Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

The article presents experience in treating children with equinocavovarus deformities of foot of different etiology. Comparison was done with a group of children who were at different stages of treatment of congenital clubfoot according to traditional methods of Vilensky.
The paper is proving the clinical efficacy of I. Ponseti method in relation to atypical congenital clubfoot, and the relative independence of the positive outcome of treatment of the patient's age and the high efficiency of this method in the correction of neurogenic foot deformities.
Keywords: congenital clubfoot, equinocavovarusfoot deformity, I. Ponseti, achillotomy, brace.

Врожденная косолапость является одной из самых распространенных врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата и по частоте занимает второе место после врожденного вывиха бедра [1, 5, 8].

Это заболевание является самым частым среди всех пороков развития стопы и составляет 0,5-6 случаев на тысячу новорожденных [6, 10].

Врожденная косолапость характеризуется участием мягких тканей и периферической нервной системы в формировании патологического процесса с образованием сложной многоплоскостной деформации скелета стопы [11, 12, 13].

Выраженная ригидность мягких тканей, различные изменения нервной системы, значительные нарушения

взаимоотношений в суставах, а в дальнейшем и диспропорциональное развитие костей скелета стопы с упорно прогрессирующим течением выдвигают косолапость в число наиболее тяжелых пороков развития опорно-двигательного аппарата.

Современные принципы консервативного лечения косолапости с применением гипсового материала в России и на территории постсоветского пространства основываются на исследованиях J.H.Kite, В.А. Штурма, В.Я.Виленского и заключаются в постепенной, поэтапной длительной коррекции компонентов косолапости, начиная с деформации переднего отдела стопы и заканчивая эквинусом с фиксацией конечности гипсовыми повязками. Принципальным моментом в биомеханике исправления является то, что коррекция деформации начинается с переднего отдела стопы в области сустава Лисфранка. Средний срок лечения при этом составлял от 2 до 12 месяцев в зависимости от тяжести деформации. Основным недостатком длительного лечения врожденной косолапости с применением циркулярной гипсовой повязки многие авторы считают повышенный риск развития трофических расстройств с развитием атрофии мышц и даже остеопороза [2, 3, 4, 7].

Биомеханика стопы при лечении врожденной косолапости была детально изучена доктором из института Айовы I.Ponseti еще в 50-ые годы прошлого столетия и на сегодняшний день методика является так называемым «золотым стандартом» лечения врожденной косолапости и других патологических эквино-кава-варусных деформаций стопы. Известно более десятка авторских методик лечения врожденной косолапости, представленных исследователями как в России, так и за рубежом. В принципиальных вопросах лечения врожденной косолапости в настоящее время в мировой литературе достигнуто относительное согласие во взглядах. Однако до настоящего времени врачи ортопеды – травматологи в нашей стране практически эмпирически, основываясь на собственном умении и практических навыках, выбирают тактику лечения детей с врожденной косолапостью.

Практически не дебатируется тот факт, что чем раньше достигнута коррекция деформации, тем правильнее и пропорциональнее рост и развитие стопы [9, 14]. Большинство ортопедов ограничивают срок проведения консервативной коррекции врожденной косолапости возрастом 3 - 6 месяцев. Исходя из таких довольно размытых сроков начала консервативного лечения,

во многих случаях лечение начинается далеко не в первые, очень важные месяцы жизни ребенка.

Тем не менее, в нашей стране нет системного подхода в решении вопроса «приближения пациента к специалисту», в данном случае – драгоценное время теряется родителями не без помощи службы родовспоможения на осознание данной ортопедической проблемы и поиска «нужных специалистов» и методов лечения. Очень важную роль для решения этой проблемы играет антенатальная диагностика врожденной косолапости во 2 триместре беременности с целью раннего выявления патологии и последующей концентрации в одном учреждении всех основных специалистов, включая ортопеда, для предоставления объективной информации по различным вариантам лечения диагностированной патологии. В доступной литературе нет работ со сравнительной оценкой медико-социальной и экономической эффективности различных методов лечения врожденной косолапости, в том числе по методике I.Ponseti (Игнасио Понсети).

Цель - обосновать медико-социально-экономическую эффективность лечения врожденной косолапости по методике I.Ponseti.

Материал и методы.

Проведено лечение детей с эквино-кава-варусной деформацией стоп разной этиологии и с различной степенью тяжести. На данный момент в нашем центре за 9 месяцев текущего года пролечено 50 пациентов (76 стоп) в возрасте от 2 –х недель до 3 лет. Все дети разделены на следующие группы:

1 группа – дети, которые лечились только по методике I.Ponseti (29 пациентов, 44 стопы). Возраст при первичном обращении составил от 2-х до 4 –х недель. Из них мальчиков – 18 (52,2%), девочек – 11 (31,9%).

2 группа – которых изначально исправление деформаций проводилось традиционной методикой по Виленскому (12 пациентов, 18 стоп). Возраст детей на момент обращения составлял от 4 до 7 месяцев. Из них мальчиков 8 (66,6%), девочек – 4 (33,3%). К моменту начала применения метода I.Ponseti, деформация была на разных этапах лечения, которое состояло не менее, чем из 8-9 кратных попыток этапных гипсовых коррекций.

3 группа – дети с рецидивом всех компонентов деформации как исход лечения традиционной методикой по Виленскому (5 детей, 8 стоп). Возраст пациентов при обращении составлял от 1 года 8 мес до 3 лет. Из них мальчиков -5, девочек – 0.

4 группа – дети с фиксированной эквино-кава-варусной деформацией стопы

нейрогенной этиологии на фоне поражения спинного мозга и периферических нервов (4 детей, 5 стоп). Возраст детей составлял от 2 мес. до 1 года. Из них – 2 мальчика и 2 девочки.

Все дети при первичном обращении были осмотрены неврологом, педиатром, офтальмологом. Пациентам проведено ультразвуковое исследование тазобедренных сутавов, поверхностная и стимуляционная электронейромиографии (ЭНМГ) до лечения и в динамике (через 3 и 6 месяцев после лечения).

Результаты и их обсуждение.

В первой группе двусторонняя деформация была выявлена у 16 детей (55,1%), односторонняя – у 13 (44,8%), всего 44 стопы (рис. 1). Атипичная врожденная косолапость определена у двух детей (6,8 %, 4 стопы). По шкале Пирани все клинические случаи имели не менее 4 баллов.



Рис.1. Клинические результаты до и после лечения в первой группе пациентов

В среднем через 3-8 этапов гипсовой коррекции достигалось полное исправление компонентов деформации. Ахиллотомия проведена 21 (72.4%), ребенку (33 стопы). Все дети переводились на фиксацию стоп в брейсах фирмы «МД Митчелз» (США).

Поверхностная ЭНМГ проводилась 27 пациентам (93.1 %) до начала лечения с выявлением в основном аксонопатий малоберцовых нервов на стороне поражения. Контрольные ЭНМГ проводились у 10 детей (37%) после перевода на фиксацию ножек в брейсы, со стойкой положительной динамикой.

Во 2 группе (рис. 2) двустороннюю патологию имели 6 детей (50 %,12 стоп). Атипичная врожденная косолапость определена у двух пациентов (16. 6 %, 4 стопы).



Рис.2. Клинические результаты до и после лечения во второй группе пациентов

Полного исправления всех элементов деформации достигли в среднем через 6 - 7 этапов гипсовой коррекции. Ахиллотомия проведена 9 пациентам (31 %,13 стоп).

Поверхностная ЭНМГ с поражением малоберцовых нервов проведена 10 пациентам (83.3 %). Контрольная ЭНМГ после перевода стоп на фиксацию в брейсах произведена 4 (40%) детям с положительной динамикой.

В 3 группе среди 5 детей (8 стоп) двустороннее поражение отмечалось у 3 детей (60 %, 6 стоп), одностороннее у двух (40 %,2 стопы) (рис. 3).



Рис.3. Клинические результаты до и после лечения в третьей группе пациентов

Коррекции деформации достигли в среднем за 5-7 этапов. Ахиллотомия под наркозом проведена 4 детям (80%,6 стоп).

Поверхностная и стимуляционная ЭНМГ до начала лечения проводилась всем детям. На контрольных ЭНМГ после 1 месяца фиксации стоп в брейсах у 3 детей (60%) отмечалась положительная динамика.

В 4 группе двусторонний процесс наблюдался у 1 ребенка (25 %), у 3 – односторонний (75 %) (рис. 4).



Рис.4. Клинические результаты до и после лечения в четвертой группе пациентов

Ахиллотомия проведена 2 детям (50 %,2 стопы). ЭНМГ проводились всем пациентам с улучшениями результатов после курса лечения.

Практически все дети параллельно с лечением у ортопеда получали метаболическую и сосудистую терапию по назначению врача - невролога. Кроме того, после перевода фиксации стоп в брейсы все дети проходили курсы восстановительного лечения, включающие в себя транс - и экстракраниальную нейромагнитостимуляцию, теплолечение, гипербарическую оксигенацию (ГБО), суджок- терапию, лечебную физкультуру (ЛФК), массаж, электрофорез с нейромидином и никотиновой кислотой.

Катамнестический срок наблюдения составляет от трех до девяти месяцев.

Осложнений не выявлено ни у одного ребенка. Рецидив всех компонентов деформации отмечался у одного ребенка из второй группы вследствии несоблюдения ортопедического режима (не носили брейсы). Ребенок был повторно взят на лечение с проведением ахиллотомии. На данный момент рецидива компонентов деформации нет.

У двоих детей с атипичной врожденной косолапостью результаты оценены как удовлетворительные (4 стопы). У одного не достигнута коррекция элемента супинации стопы, у второго после ахиллотомии не откорректирован эквинус пяточной кости (рис. 5).



Рис. 5. Отсутствие коррекции эквинуса пяточной кости

На сегодняшний день дети переведены на фиксацию в брейсы с проведением курса восстановительного лечения. Планируется повторный курс лечения в гипсовых повязках.

Заключение.

Таким образом, предварительные результаты лечения эквино-кава-варусной деформации стопы различной этиологии по методу I.Ponseti доказали высокую клиническую эффективность, сокращение сроков лечения и минимизацию осложнений и рецидивов, что является основанием для дальнейшего изучения данной проблемы, включая социально-экономические аспекты

Список литературы

1. Абальмасова Е.А.. Врожденные деформации опорно - двигательного аппарата и причины их происхождения / Е.А. Абальмасова , Е.В.Лузина / Ташкент.- 1976.- С.6 -34.
2. Алимханова Р.С. Эффективность лечения тяговым методом деформации стоп у детей раннего возраста / Р.С. Алимханова // Детская хирургия.-2003.- №5.- С. 14-17.
3. Богатиков В.З. Лечение врожденной косолапости у детей грудного возраста по методу В.Я.Виленского / В.З. Богатиков // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии,- Иваново.- 1994.-С. 66-67.
4. Виленский В.Я. Новое в консервативном лечении врожденной косолапости / В.Я. Виленский // Стопа и вопросы построения рациональной обуви.- ЦИТО.- М.-1980.-С. 109-112.
5. Виленский В.Я. К вопросу о рецидивах при консервативном лечении врожденной косолапости / В.Я. Виленский, О.А. Малахов // Вестн. травматологии и ортопедии. 2002. - № 1. с. 12-17.
6. Волков С.Е. О тактике коррекции врожденной косолапости / С.Е. Волков, О.А. Малахов // Вестн. травматологии и ортопедии. 1998. - № 1. - С. 56-60.
7. Гафаров Х.З. Лечение деформаций стоп у детей / Гафаров Х.З. -Казань.-Татарское книжное изд-во.-1980.-С.85-125.
8. Денесюк Н.И. Лечение врожденной косолапости у детей / Н.И Денесюк, А.А. Сергиенко // Ортопедия, травматология и протезирование. 1990. - № 2. - С. 62-64.

9. Захаров Е.С. Прогнозирование рецидива эквноваруеной деформации стопы при лечении детей с врожденной косолапостью / Е.С. Захаров, С.Н. Гисак, О.Е.Захарова // Детская хирургия.-2000.-№ 1.-С. 24-28.
10. Капитанаки, А.Л. Причины рецидива врожденной косолапости у детей и показания к хирургическому лечению / A.JL Капитанаки, Э. Кочкаров, В.Г. Мазур// Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1985. - № 5. -С. 108-109.
11. Псянчин Т.С. Клиническое и нейрофизиологическое обоснование хирургической тактики при врожденной косолапости у детей : автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.35 / Псянчин Тимур Сынтимерович — Уфа, 1996. -17 с.
12. Шевченко, С.Д. Анатомия стопы при врожденной косолапости / С.Д. Шевченко, С.С. Беренштейн // Ортопедия, травматология и протезирование. 1984. - № 1. - С. 31-34.
13. Ponsetti I.V. Congenital clubfoot / I.V. Ponsetti, E.V. Smoley // J. Bone Joint Surg. 1963. - Vol. 45 A. - P. 216-275.
14. Somppi E. Early Operative Treatment of Congenital Club Foot / E. Somppi, M. Sulamaa // Acta Orthop. Scand.-1991.-V.42.-N6.-P.513-520.

Челчушев Дмитрий Александрович, врач-ортопед, 620014 Екатеринбург, ул. Хохрякова 73, тел: (343)2572100
bonum@bonum.info