



Обычно необходимо 4-7 повязок (соответственно, 4-7 недель) в зависимости от возраста ребенка и тяжести косолапости.

Вторая важная часть лечения – ахиллотомия (удлинение ахиллова сухожилия). 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. 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.

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.



Рис 4. Брейсы

Первые 3 месяца после завершения лечения брейсы необходимо носить постоянно, 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.

Эволюция методов лечения врожденной косолапости отражает общую тенденцию детской ортопедии во всем мире — достижение максимальных целей минимально инвазивными средствами, что приводит к росту популярности методов консервативного и малоинвазивного лечения врожденной косолапости.

Лечение, начатое как можно раньше, имеет значительно больше шансов на достижения полной коррекции стопы консервативным путём, нежели отсроченное.

Памятка для родителей

Врожденная косолапость



Желаю удачи! До новых встреч!



Памятка подготовлена врачом-травматологом-ортопедом стационарного отделения А.С. Красновым.

Оформлено методистом и специалистом по социальной работе информационно-методического ресурсного центра ГБУ СО «ОРЦ» Е.Ю. Кутузовой, М.А. Бузиловой.

Одобрено к выпуску медико-социально-педагогическим Советом ГБУ СО «ОРЦ» (протокол № 4 от 20.04.2016 года).



Здравствуйтесь, дорогие друзья!

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.

По России частота распространения составляет в среднем 1 случай на 1000 родов. Случается она чаще у мальчиков и в 60% бывает двусторонней, а в 10% сочетается с другими врожденными пороками: кривошеей, дисплазией тазобедренных суставов, синдактилией, заячьей губой, волчьей пастью и др.

Причины развития

Несмотря на распространенность врожденной косолапости и длительную историю ее лечения, до сих пор нет четкого понимания этиологии данной патологии.

Основные теории: наследственная (генетическая), механическая, нервно-мышечная.

Генетическая теория, выдвинутая еще в 1936 году М. А. Бером, получает все большую поддержку. В 2008 году в Вашингтонской школе медицины Университета в Сент-Луисе был определен первый ген PITX1, связанный с косолапостью у человека. В пользу генетической теории говорит факт связи косолапости с более старшим возрастом матери и более частая заболеваемость врожденной косолапостью лиц мужского пола. Рассматривается тератогенное воздействие на гены некоторых веществ, например наркотиков и табакокурения. Женщины с семейной историей косолапости, которые курили сигареты во время беременности, имеют 20-кратное увеличение риска появления ребенка с косолапостью.

Механическая теория объясняет происхождение деформации стопы повышением давления стенок матки, однако роль внутриматочного давления как одной из причин развития врожденной косолапости не доказана. Согласно теории аномалии закладки и развития анатомических структур стопы и голени, врожденная косолапость возникает вследствие неправильной закладки таранной кости, что ведет к развитию деформации с вторичными изменениями в костно-суставных и мягкотканых структурах.

В соответствии с нейромышечной теорией косолапость возникает в результате нарушения иннервации или сдавливания нервных стволов, иннервирующих малоберцовые мышцы. Авторами показано, что чем выше уровень неврологических нарушений, тем тяжелее деформация стоп.

Как можно выявить данное заболевание?

Неправильное положение стопы у ребёнка определяют с момента рождения, непосредственно в родильном доме. Стопа имеет характерный вид.

С возрастом степень выраженности косолапости увеличивается, появляются гипотрофия мышц голени, внутренний поворот костей голени, увеличение наружной лодыжки, резкое уменьшение внутренней лодыжки, варусное (вовнутрь) отклонение пальцев. В связи с деформацией стопы дети начинают поздно ходить. Врожденная косолапость характеризуется типичной походкой с опорой на тыльно-наружную поверхность стопы, при односторонней деформации - хромота,



Рис.1 Внешний вид врожденной косолапости

при двусторонней - походка мелкими шажками, переваливающаяся у детей 1.5-2 лет, у детей старшего возраста - с перешагиванием через противоположную деформированную стопу. К 7-9 годам дети начинают жаловаться на быструю утомляемость и боль во время ходьбы. Снабжение их ортопедической обувью крайне затруднительно.

Лечение

Лечение врожденной косолапости имеет очень длинную историю. Рисунки косолапой стопы встречаются на росписях египетских гробниц, было показано, что фараон Сиптах из XIX династии страдал косолапостью.

Первоначально для лечения косолапости использовались консервативные методики, основанные на различных манипуляциях, шинировании и бинтовании.

Первая методика лечения была предложена Гиппократом в 400 г. до н. э. — он рекомендовал аккуратные манипуляции и шинирование. Гиппократ обосновал основные принципы лечения косолапости: как можно более ранние этапные коррекции деформации, достижение положения гиперкоррекции и удержание стопы в достигнутом положении в течение некоторого времени во избежание рецидива и выдвинул основной постулат — восстановление правильной анатомии стопы.

Существует множество методик лечения заболевания. Все начинается с наложением различных вариантов повязок (гипсование, бинтование), с последующим оперативным лечением.

В настоящее время «золотым стандартом» лечения косолапости во всем мире является метод Понсети.

Использование данного метода позволяет избежать обширных хирургических вмешательств у 98 % пациентов с косолапостью. Тотальным оперативным вмешательствам подлежат только склонные к постоянным рецидивам тяжелые и атипичные формы косолапости.

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.



Рис. 3. Этапы гипсования врожденной косолапости.



Рис 2. Нелеченная косолапость