Содержание

Введение

Глава 1. Общие понятия о косолапости

.1 Косолапость: определение, признаки, классификация

.2 Этиология и патогенез

.3 Диагностика косолапости

.4 Клиническая картина

Глава 2. Физическая реабилитация при косолапости

.1 Профилактика и лечение

.2 Основные методы лечения косолапости

Глава 3. Комплексы упражнений при врожденной косолапости

Заключение

Список литературы

Введение

Косолапость (эквиноварусная деформация стопы) - одна из самых распространенных аномалий развития костно-мышечной системы (33-38%). Как правило, возникает с двух сторон. У мальчиков косолапость выявляется в два раза чаще, чем у девочек.

Врожденная косолапость является сложным пороком развития, при котором изменение внешней формы стопы является проявлением патологии костной, суставной, нервной и сосудистой систем нижней конечности.

Несмотря на большое количество исследований в области изучения этиопатогенеза врожденной косолапости, ее причины в большинстве случаев все еще остаются неизвестными. Вследствие этого на сегодняшний день при отсутствии очевидной связи деформации стопы с первичной патологией нервной системы (главным образом, врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга) или системными заболеваниями опорно-двигательной системы (такими как артрогрипоз) принято употреблять термин «идиопатическая врожденная косолапость». Консервативное лечение при данной патологии является общепринятым стандартом для детей раннего возраста и его рекомендуется применять с первых дней жизни ребенка. Немногочисленные исследования, посвященные раннему оперативному лечению врожденной косолапости (у детей до трех месяцев жизни) либо констатировали его нецелесообразность, либо не получили дальнейшего развития. Вследствие этого консервативное лечение остается основным при идиопатической врожденной косолапости у детей.

Лечение врожденной косолапости проводится консервативно с помощью корригирующих гипсовых повязок и оперативно. Корригирующие гипсовые повязки в значительной степени ущемляют и выключают из нормального функционирования пораженную конечность, что в свою очередь ведет к нарушению кровообращения, трофическим расстройствам, атрофии мышц, остеопорозу.

Традиционная схема лечения включает в себя этапное бинтование по различным методикам, наложение гипсовых повязок, ношение туторов и специальной ортопедической обуви. При неэффективности этих мероприятий применяется оперативные вмешательства.

Цель работы: изучить физическую реабилитацию при врожденной косолапости.

Задачи:

) дать понятие врожденной косолапости как заболевания;

) охарактеризовать меры профилактики и лечение врожденной косолапости;

) рассмотреть комплекс упражнений при врожденной косолапости.

Глава 1. Общие понятия о косолапости

.1 Косолапость: определение, признаки, классификация

Врожденная косолапость - порок развития стоп, сопровождающийся изменениями на уровне голеностопного, шопарова и лисфранкова суставов, приводящий к выраженным функциональным нарушениям всей нижней конечности. Врожденную косолапость считают проявлением выраженного диспластического процесса развития, при котором в одинаковой степени страдают мышечная, нейрососудистая и костно-суставная системы нижней конечности. Основные клинические симптомы косолапости: приведение переднего отдела, супинация, эквинусное положение и деформация стоп. [15, с.192]

Врожденная косолапость - распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата, как правило, двустороннее, встречается у новорожденных в 0,1 % случае, преимущественно у мальчиков. Косолапость - это стойкая приводяще-разгибательная контрактура стопы, вызванная врожденным нарушением развития голеностопного сустава и мышечно-связочного аппарата, его формирующего. [21, с.465]

При врожденной косолапости наблюдается эквиноварусная деформация стойкое ненормальное положение стопы. Типичная форма включает три дефекта: подошвенное сгибание, ротация (поворот пятки кнутри)и смещение передней части стопы внутрь. [10, с.66]

Больше всего подвержены патологическому процессу мышцы и связки. Отмечается недоразвитие и укорочение внутренней и задней группы связок и сухожилий сгибателей стопы. Большеберцовая мышца укорочена, ее брюшко утолщено. Мышцы и сухожилия стопы расположены аномально, наблюдаются добавочные мышцы. Таранная кость выдвинута кнаружи и вперед. [21, с.465]

Из-за изменения положения стопы ребенок с косолапостью при ходьбе опирается не на всю подошву, а на наружный край стопы. Развивается своеобразная походка, при которой больной во время каждого шага перешагивает через опорную ногу. Со временем нарушения усугубляются. Кости стопы еще больше деформируются, возникают подвывихи в суставах стопы. Кожа наружной поверхности стоп становится грубой. Не участвующие в ходьбе мышцы голеней атрофируются, нарушается работа коленных суставов. [5, с.66]

Из-за опоры стоп на внутренний край развивается косолапость. (Обувь стаптывается на один край не только по длине подошвы, но и на каблуке и деформируется. Обычно на это не обращают внимания, в то время как достаточно набить по длине подошвы и на каблук кусочки кожи или резины, и ноге будет удобнее, а дефект «стаптывания» исчезнет.) [4, с.139]

Классификация косолапости:

Существует косолапость врожденная и приобретенная; первая встречается намного чаще. Врожденная косолапость, как правило, диагностируется сразу после рождения ребенка и без должного лечения может прогрессировать. Также различаются истинная косолапость, которая обусловлена аномалиями развития костей стопы, и позиционная, при которой кости не нарушены, но голеностопный сустав находится в состоянии подвывиха. Возможна и вторичная косолапость, которая возникает из-за других патологий костно-мышечной системы. Кроме того, заболевание может иметь разные степени тяжести. Все эти обстоятельства учитывает ортопед, назначая способ лечения косолапости.

.2 Этиология и патогенез

Несмотря на наличие множества теорий и гипотез, в этиологии и патогенезе врожденной косолапости до настоящего времени остается много спорных и нерешенных вопросов.

Врожденная косолапость является тяжелой деформацией опорно-двигательной системы, которая развивается под влиянием ряда неблагоприятных эндогенпых и экзогенных факторов. Неблагоприятные факторы и разнообразные причины возникновения косолапости могут быть отнесены к нарушению нормального развития зародыша, механическим факторам (давление на стопы эмбриона амниотическими тяжами, узлами, пуповины, мускулатурой матки, опухолями; маловодие и другие причины), токсоплазмозу, неблагоприятной наследственности.

Гиппократ рассматривал врожденную косолапость как врожденный вывих костей стопы. Сторонники этой теории считают, что при врожденной косолапости преобладает нарушение формы и соотношения костей стопы. В. А. Штурм (1956) и др. придерживались миогенной теории, согласно которой при врожденной косолапости главным является аномалия расположения мышц и связок стопы. Р. Р. Вреден (1936) причиной косолапости считал отставание в развитии перонеальной группы мышц. Многие исследователи связывают этиологию врожденной косолапости с патологией центральной нервной системы, выявив значительные изменения в ней. По наблюдениям этих авторов, особенностью патологии центральной нервной системы является полиморфизм неврологических проявлений, различная степень их выраженности и неоднородность локализации. [16, с.160]

Причины эквинуса ступни:

Окончательно причины этого недуга неизвестны, но ученые выделяют 3 основные теории его появления у детей:

Генетическая - в ее основе лежит наследственность. Контрактуры могут быть врожденными, если у обоих родителей существует косолапость, очень высока вероятность ее наличия у ребенка. [18, с.90]

Нейрогенная - нарушение передачи импульса по нервным волокнам мышц приводит к нарушению их функционирования. Такие изменения возникают в результате употребления алкоголя, курения, принятия наркотиков во время беременности. Нельзя исключить также воздействие частых стрессовых ситуаций, инфекционных возбудителей, электромагнитных излучений на формирование нервной системы плода.

Физическая - изменения ступни ребенка возникают на фоне давления на его ноги стенками матки, опухолями или из-за узости таза.

.3 Диагностика врожденной косолапости

Клиническая диагностика врожденной косолапости у новорожденных ввиду характерной и типичной клинической картины не представляет затруднений. Деформация определяется сразу же после рождения ребенка. Различные клинические симптомы врожденной косолапости обусловливаются степенью поражения стопы и характером изменений ее элементов. [16, с.161]

Наиболее частыми признаками косолапой ступни являются:

эквинус - фиксация мышечно-связочного аппарата голеностопного сустава в состоянии подошвенного сгибания;

аддукция - передний отдел приподнят вверх;

супинация - опускание наружной части ступни вниз;

Классический вид косолапой стопы выглядит следующим образом: наружный край направлен кзади и книзу, вогнутая внутренняя часть повернута вверх, тыльная поверхность отклонена вниз и вперед, а подошвенная - вверх и назад. При пяточно-варусном виде патологии супинация бывает настолько сильной, что пяточная кость прикасается к внутренней части голени.

При диагностике заболевания специалисты ориентируются еще и на следующие признаки:

инфлексия - изгиб подошвы в поперечном направлении. При этом образуется борозда, идущая вдоль внутренней части стопы (линия Адамса);

варусная деформация плюсневых костей (варусное положение пятки обычно передается всей стопе и бывает связано с эквинусной установкой стопы при косолапости; [16, с.19]

торсия (скручивание) кнаружи костей голени.

В зависимости от возможности произвести пассивные движения в голеностопном суставе и корригировать деформацию стопы Т. С. Зацепин (1947) делит врожденную косолапость по степени тяжести на три формы: легкую, средней тяжести и тяжелую.

К легкой форме относят деформацию, при которой вполне возможны движения в голеностопном суставе и ее удается без особого насилия исправить.

К форме средней тяжести относят деформацию, при которой движения ограничены; при попытке корригировать ее ощущается пружинистая податливость, а за ней следует предел выпрямления.

К тяжелой форме - деформацию, при попытке корригировать которую движения невозможны, из-за резких изменений в суставах стопы и ощущения наличия прочного упора, препятствующего выпрямлению. [22, с.249]

Важнейшую роль в диагностике врожденной косолапости и определении эффективности ее лечения играет оценка состояния костно-суставного аппарата голени и стопы. Наиболее информативен в этом отношении рентгенологический метод. Одной из самых стандартизированных и достоверных является методика рентгенографии стопы, находящейся в крайних функциональных положениях. При этом снимки выполняют в трех ее позициях. Первая рентгенограмма делается в переднезадней проекции в положении максимальной коррекции варуса стопы. Две другие проекции - боковые. [20, с.310]

При анализе рентгенограмм стоп у больных с врожденной косолапостью необходимо оценить три основные группы показателей:

) форму, размеры и сроки появления ядер окостенения стопы;

) величины углов между осями ядер окостенения и костей голени и стопы;

) локализацию друг относительно друга ядер окостенения стопы. [20, с. 311]

.4 Клиническая картина

Клиническая картина характеризуется

опущением наружного и поднятием внутреннего края стопы (супинацией голеностопного сустава);

положением подошвенного сгибания стопы (эквинус или конская стопа);

приведением переднего отдела стопы (аддукция);

образованием «натоптышей» на наружном крае стопы;

асимметрией объема средней трети голени;

снижением тонуса мышц, кожной температуры и электровозбудимости (на больной ноге). [2, с.434]

Такие изменения могут наблюдаться на одной или на обеих ногах. Они не характеризуются болью, поэтому ребенок ведет себя спокойно. Тем не менее к лечению патологии следует приступать незамедлительно, так как с течением времени возникнут серьезные проблемы и даже вероятна инвалидность.

Поскольку детские связки, кости и мышцы эластичны, они обладают резервом для восстановления. С течением времени костная ткань подвергается обызвествлению (хрящевая ткань заменяется костной) и тогда вопрос ортопеду, как вылечить косолапие, вызывает серьезные трудности. Если терапия начата на ранних стадиях, ортопед-травматолог может гарантировать полную коррекцию недуга и восстановление функций ходьбы.

В. А. Штурм (1956) считает врожденную косолапость артро-, мио-, десмо- и дерматогенпой контрактурой, при которой патологические изменения состоят из следующих отдельных компонентов:

) аддукции и супинации плюсны в суставе Лисфранка;

) аддукции, супинации и инфлексии в суставе Шопара;

) аддукции и супинации в подтаранных суставах;

) подвывихов ладьевидной и кубовидной костей кнутри и в сторону подошвы;

) подвывиха таранной кости вперед;

) подошвенного сгибания, супинации и ротации стопы внутрь в голеностопном суставе;

) внутренней или наружной торсии костей голени;

) переразгибанпи, ротации и вальгусного отклонения голени в коленном суставе.

При врожденной косолапости изменены все ткани стопы. Из костей стопы резче всего изменены таранная кость, пяточная кость, кубовидная кость. Мягкие ткани и особенно подошвенная фасция стопы укорочены и сморщены по внутреннему краю стопы. Часто сухожилия мышц смещены. Сухожилия малоберцовой мышцы и длинного общего разгибателя пальцев перерастянуты, остальные мышцы контрагированы. Такие изменения находят при операциях по поводу врожденной косолапости у детей в возрасте старше 2 - 3 лет.

Патологические изменения при врожденной косолапости часто имеют место не только в стопе, но распространяются на весь опорно-двигательный аппарат, включая тазобедренные суставы и позвоночник. В связи с этим необходимо особенно тщательно исследовать каждого ребенка с врожденной косолапостью и при показаниях сделать ему рентгенограмму тазобедренных суставов. [16, с.164]

У детей чаще встречаются врожденные и диспластические деформации опорно-двигательного аппарата. В связи с этим необходимо установить, в каком возрасте у ребенка появилась деформация, каковы тенденции последней (стабильное увеличение или уменьшение), какое проводили лечение и его результативность. [19, с.32]

Глава 2. Физическая реабилитация при косолапости

.1 Профилактика и лечение

К главным закономерностям лечения относятся:

Раннее начало лечения (чем раньше начать коррекцию, тем больше шансов на выздоровление);

Коррекция сразу всех компонентов дефекта;

Регулярное наблюдение у врача-ортопеда до окончания формирования стопы (12-14 лет).

Лечение врожденной косолапости должно быть ранним (с первых дней жизни ребенка), комплексным, методически правильным, максимально щадящим, и в связи с исключительным многообразием клинических форм и особенностями их проявлений у каждого больного строго индивидуальным. При врожденной косолапости в первые дни и недели жизни изменения связаны главным образом с нарушением соотношения отдельных костей, а чрезвычайно пластичные и податливые ткани обладают большой способностью восстанавливать нормальную форму. В медицинской литературе также имеются указания, что в первый день жизни ребенка имеется физиологическая гипотония мышц, позволяющая легче исправлять деформацию стопы. [16, с.165]

При легкой косолапости используются корригирующие бинтовые повязки, в других случаях - гипсовые повязки с последующей заменой гипсовыми лонгетами. При значительных дефектах голеностопного сустава используют оперативное лечение. [8, с.376]

В историческом аспекте существует довольно много методов консервативного лечения врожденной косолапости. Принципиально их можно разделить на функциональные методы и методы пассивной коррекции. При функциональном лечении предполагается сохранение полной или частичной функции суставов и мышц конечности на время коррекции. К функциональному лечению относятся различные варианты мягких повязок, а также методы, полностью исключающие фиксацию конечности. Большинство мягких повязок являются модификациями метода, разработанного еще в XIX веке - так называемом бинтовании по Финку - Эттингену, состоящем в применении сложной бинтовой повязки на всю конечность, которая накладывается в определенном положении, определенной последовательности и определенными этапами. Как и многие другие методы лечения косолапости, эта методика имела период популярности, сменившийся периодом забвения. В настоящее время модификации мягких повязок находят своих сторонников [25, с.94].

Еще одним популярным функциональным методом является так называемый «французский» метод лечения врожденной косолапости, состоящий в использовании длительных корригирующих манипуляций и упражнений со стопой, направленных на растяжение тканей и исправление деформации, а также последующей вспомогательной фиксации. Несмотря на то, что в ряде исследований показана его эффективность, французский метод не находит широкого распространения из-за длительности и трудоемкости лечения.

К методам пассивной коррекции врожденной косолапости, имеющим практическое значение на сегодняшний день, относятся различные варианты и технологии этапных гипсовых повязок. Существует большое количество авторских методик гипсовой коррекции. В большинстве национальных школ детской ортопедии они имеют свои отличительные особенности и популяризируются в соответствующих учебниках и руководствах. В Германии известна методика Имхойзера, в США - методика Кайта, в России - методика Зацепина.

Опуская детали, можно сказать, что все они основаны на принципе постепенной параллельной коррекции всех основных компонентов деформации (эквинуса, кавуса, варуса, супинации и приведения) этапными гипсовыми повязками, не предполагающими возможности движений конечности во время коррекции. Существуют также методики, сочетающие элементы функционального лечения и пассивной коррекции. В частности, к ним относится широко известная методика Виленского, при которой в гипсовых повязках на фоне этапной коррекции остается свободное пространство, позволяющее осуществлять движения стопы в направлениях, способствующих коррекции деформации. Как правило, в публикациях авторов методики приводятся очень высокие проценты отличных и хороших результатов, однако последующие исследования в большинстве случаев не воспроизводят этих показателей и демонстрируют более скромные результаты. По данным большинства исследователей, рецидивы деформации после консервативного лечения, требующие тех или иных хирургических вмешательств, составляют от 15 до 30% [6, с.36].

Часто приходится сталкиваться с частичными рецидивами одного или нескольких компонентов деформации, в частности, приведения переднего отдела стопы. На сегодняшний день среди методов лечения врожденной косолапости особое место занял метод Понсети из-за поистине всемирного распространения. Игнасио Понсети в 50-60-е годы прошлого столетия разработал метод лечения косолапости, основанный на детальном изучении биомеханики стопы в норме и при патологии. В последнее десятилетие большинство ортопедов во всем мире признают метод Понсети в качестве «золотого стандарта» лечения косолапости.

Лечение состоит из трех основных этапов: исправления деформации гипсовыми повязками, удлинения ахиллова сухожилия (закрытая тенотомия) и закрепления полученного результата абдукционными шинами. По данным автора и его последователей, эффективность метода достигает 98%, что позволило пересмотреть взгляд на косолапость как на хирургическую патологию в принципе. [7, с. 48]

В результате доктору Понсети удалось разработать и внедрить уникальную методику лечения, при которой в кратчайшие сроки от 3 недель до 2 месяцев, путем специальных этапов наложения гипсовых повязок добиться удовлетворительной коррекции в 90-95% случаев косолапости любой степени тяжести при условии раннего начатого лечения. Эффективность данного способа была доказана результатами 35-летних исследований в центре доктора Понсети (США, Айова) и подтверждена во многих клиниках мира. Лечение экономично и несложно для применения у детей. На этапах лечения возможно проведения малоинвазивных операциях на сухожилиях стопы. Ввиду высокого уровня удовлетворительных результатов, низкого процента рецидивов метод можно признать стандартом лечения косолапости и рекомендовать для широкого применения в ортопедических клиниках.

Лечебные меры должны состоять из следующих компонентов:

. Лечебная корригирующая гимнастика и массаж. Пассивную корригирующую гимнастику проводят без боли и насилия. Ребенок не должен плакать во время гимнастики. Продолжительность упражнений 3-5 мин. Гимнастику сочетают с массажем мышц стопы и голени. При лечении врожденной косолапости необходимо активизировать движения стопы, особенно функцию малоберцовых мышц.

. Ночные туторы из гипса, а при возможности - из полимерных материалов (поливик).

. Аппликации озокерита и парафина; 2-3 курса по 15-25 процедур.

. Электростимуляция малоберцовых мышц.

. Ритмическая фарадизация перонеальных мышц и пронаторов стоп; 2-3 курса по 15 процедур.

. Иглотерапия для стимуляции двигательных центров.

. Общие и местные ванны.

. При двусторонней косолапости назначение набоек под передний отдел обуви для компенсации высоты каблука. При односторонней косолапости назначение ортопедической обуви по показаниям.

. Применение деротационных тянок. [16, с.173]

Особенности физиологии новорожденных, а также детей 1 года, прежде всего первых месяцев жизни: пластичность, податливость, растяжимость тканей - обеспечивают возможность удержания патологически измененной стопы в корригированном положении, позволяя костям правильно фиксированной стопы расти и развиваться нормально.

.2 Основные методы лечения косолапости

. Гипсование

Это основной из существующих методов лечения косолапости у детей раннего возраста. Лечить косолапость начинают уже у новорожденных, с 5-7 дней. Стопа фиксируется гипсовой повязкой, тем самым принимая нормальное положение. Повязку меняют сначала раз в неделю, а после раз в 2 недели. Некоторые ортопеды вместе с гипсовыми повязками применяют функциональные клинья. Эффективность традиционного гипсования составляет 58%.

Лечение с использованием гипсовых повязок носит этапный характер. Первый этап лечения проводится в течение года со сменой повязки раз в неделю, начинается с 1-2-месячного возраста.

Задачи ЛФК и физиотерапии первого этапа:

предупреждение развития мышечной атрофии и вегетососудистых расстройств;

улучшение трофики;

поддержание общего тонуса организма.

Средства: лечение положением (гипсовая иммобилизация), массаж, физические упражнения и физиотерапия. Проводится массаж тела, верхних конечностей, живота, свободных от иммобилизации сегментов ноги (бедро, верхняя треть голени).

Физические упражнения - общеразвивающие и специальные. К специальным относятся пассивные упражнения в нижних конечностях, выполняемые безболезненно и с полной амплитудой.

Второй этап лечения (после окончательного снятия иммобилизации) длится до полного восстановления функции голеностопного сустава.

Его задачи:

закрепление результатов коррекции и восстановление опорной и двигательной функции стопы;

борьба с атрофией и контрактурой в суставах;

создание необходимых условий для полноценного роста и развития стопы;

адаптация к повышающимся физическим нагрузкам;

профилактика «порочной» походки и нарушений осанки.

В течение поэтапной коррекции гипсовыми повязками (под наблюдением ортопеда) в занятиях ЛФК сочетаются средства общеукрепляющего воздействия на весь организм ребенка с упражнениями и приемами массажа для больной ноги. В легких случаях косолапость ограничивают корригирующими повязками. После снятия гипсовой повязки и заменой ее фиксирующей съемной гипсовой лонгетой назначают специальный массаж и упражнения для стопы и голени. Сразу после их проведения фиксируют положение стопы гипсовой лонгетой. [21, с.466]

. Сверхэластичные конструкции

Конструкция изготавливается с применением особых материалов с памятью формы. Она состоит из трех основных частей: лонгеты на задний отдел стопы, на передний отдел и лангеты голени и бедра. Упругость конструкции позволяет осуществлять постоянную коррекцию. Данный метод широко распространен в России.

. Бинтование

Мягкие повязки эффективны при легкой степени косолапости у детей. Как правило, бинтование сочетается со специальной гимнастикой. Наиболее известен метод корригирующей гимнастики и мягкого бинтования Финка-Этлингена.

. Хирургическое лечение врожденной косолапости.

Показания к оперативному лечению - отсутствие полной коррекции одного или нескольких компонентов деформации, выявленных при дополнительных методах исследования, врожденные деформации таранной, пяточной, ладьевидной и первой клиновидной кости, формирование «стопы-качалки» с деформацией на уровне шопарова сустава, остаточный подвывих таранной кости кпереди. [15, с.197]

Хирургическое вмешательство является вынужденным методом лечения врожденной косолапости. В настоящее время практическое применение при врожденной косолапости получили операции на сухожильно-связочном аппарате, различного рода резекции костей стопы; устранение косолапости с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов. [16, с.174]

Для коррекции косолапости детям в возрасте от 1 года до 3 лет проводят оперативное вмешательство на сухожильно-связочном и капсулярном аппарате стопы и голеностопного сустава. Выполняют Z-образное удлинение сухожилий передней и задней большеберцовых мышц, общего сгибателя пальцев и сгибателя I пальца, ахиллова сухожилия рассечение капсулярно-связочного аппарата по задней и внутренней поверхностям на уровне голеностопного, подтаранного, шопарова и лисфранкова суставов. Обязательно производят тенотомию сухожилия мышцы, отводящей I палец, и по показаниям - рассечение подошвенного апоневроза. Фиксацию конечностей после операции осуществляют гипсовой повязкой до средней трети бедра в положении сгибания в коленном суставе под углом 110-1200 с положением стопы в максимально допустимой коррекции.

При тяжелых степенях деформации, а также больным с отягощенными формами косолапости при артрогрипозе, дистрофической дисплазии и других заболеваниях, с рецидивирующими формами косолапости с 3-летнего возраста рекомендовано проведение оперативных вмешательств на мягких тканях.

При коррекции косолапости аппаратом дистракцию проводят по 1.0 мм в сутки, предусматривают устранение эквинусного, варусного и супинационного положения стопы. Длительность фиксации аппаратом составляет около 1,5-2 мес., затем после снятия аппарата еще в течении 3 месяцев осуществляют иммобилизацию гипсовой повязкой, в которой больные ходят, нагружая оперированную ногу. [15, с.199]

. Особенности массажа при врожденной косолапости.

Для расслабления внутренней и задней групп мышц голени, в которых отмечается повышенный тонус, широко применяют поглаживание, потряхивание мышц, растяжение с вибрацией.

Для укрепления растянутых и ослабленных передней и наружной групп мышц голени используют более энергичные приемы: растирание и разминание, возможно легкое поколачивание пальцами. [17, с.274]

Смысл лечебной гимнастики состоит в постепенном щадящем исправлении и порочного положения стопы. Все упражнения должны проводиться в сочетании с массажем, выполняться мягко, так, чтобы ребенок не чувствовал боли. Хороший эффект дает проведение специальных лечебных упражнений после тепловых процедур.

.Ребенок лежит на животе. Согните ножку ребенка в коленном суставе; одной рукой удерживайте голень, а ладонью другой руки мягко надавите на стопу ребенка, сгибая ее в тыльную сторону. Это упражнение способствует растяжению пяточного сухожилия и устранению подошвенного сгибания стопы.

. С этой же целью проводят упражнение в положении ребенка на спине. Одной рукой прижмите голень ребенка к поверхности стола, фиксируя ее в области лодыжек. Другой - захватите стопу таким образом, чтобы ладонь упиралась в подошву, и осторожно сгибайте стопу в тыльную сторону с одновременным давлением на ее наружный край. Эффективно сочетание сгибания стопы с одновременным точечным массажем в месте перехода тыла стопы в голень.

. Для устранения приведения переднего отдела стопы рекомендуется следующий прием: зафиксируйте стопу ребенка в области голеностопного сустава, другой рукой мягко производите выпрямляющие движения, постепенно отводя передний отдел стопы кнаружи.

. Вращательные движения стопы кнаружи (вдоль продольной оси) проводят очень осторожно, постепенно опуская внутренний и поднимая наружный край стопы. [12, с.253]

. Кинезотерапия

Это либо активная лечебная гимнастика, увеличивающая активность мышц. Либо мануальное воздействие, растяжение или расслабление тканей.

Врожденная косолапость проявляется приведением, супинацией и подошвенным сгибанием стопы. Лечебную гимнастику начинают с 7-10-го дня после рождения, так как в это время ткани податливы и можно сформировать правильное положение стопы. Лечение может быть консервативным с применением бинтования, гипсовых повязок, а также оперативным. При всех видах лечения необходима лечебная физкультура. Используют активные упражнения, а также пассивные для растяжения укороченных мышц и связок; разгибание, отведение и приведение, супинация и пронация стоп. Лечебную гимнастику сочетают с массажем и ношением ортопедической обуви. [3, с.136]

. Ортезирование.

Ортезированием называется метод лечения косолапости с помощью ортезов - съемных ортопедических приспособлений, фиксирующих стопу в положении, максимально приближенном к правильному. Ортезы бывают разными: к ним относится ортопедическая обувь, ортопедические стельки, а также туторы - устройство для жесткой фиксации голеностопного сустава. На вид туторы напоминают гипсовую лонгету, но изготавливаются из кожи или из пластика. Они фиксируются на стопе с помощью шнуровки или "липучек". Для ходьбы применяется один вид туторов, для сна - другой (эти разновидности имеют различную прочность).

Ортопедическая обувь при врожденной косолапости. Вопрос о целесообразности назначения ортопедической обуви при врожденной косолапости остается спорным. Дети с двусторонней врожденной косолапостью ортопедической обувью не пользуются. В обычной обуви рекомендуется поднимать передний отдел ботинка путем подклейки резины (для выравнивания высоты каблука).

При односторонней косолапости, в тех случаях, когда после лечения остается укорочение больной конечности и отмечается разница в длине следа стопы, показана ортопедическая обувь. Назначают высокие ботинки, которые шьют по прямой колодке, задник с внутренней стороны продлевают до носка или основания I плюсневой кости, задник с внешней стороны продлевают до основания V плюсневой кости. Обувь должна иметь пронатор и низкий каблук с выносом кнаружи. Компенсация укорочения необходима вдоль всей подошвы. На здоровой ноге - выкладка свода. Применение при односторонней косолапости только коска для компенсации укорочения может стать причиной рецидива эквинуса и косолапости. [16, с.81]

. Физиотерапия

Вспомогательный метод. Используется при лечении детей старше 2-х лет. Улучшает кровообращение, влияет на растяжимость и сокращаемость мышц. Используются следующие методы физиотерапевтического лечения: электромагнитное воздействие (электростимуляция мышц и нервов); магнитотерапия (воздействие на голеностопный сустав электромагнитным полем); Электрофорез, фонофорез (лекарственные препараты - например, лидаза, гидрокортизон - вводятся в область стопы и голени через кожу, с помощью электромагнитного или ультразвукового излучения); парафиновые аппликации на голеностопный сустав.

. Фармакологическое лечение

Применяются препараты, усиливающие нервную проходимость (прозерин и витамины группы В).

Глава 3. Комплекс упражнений при косолапости

Комплекс упражнений, которые нужно выполнять с ребенком ежедневно, в течение длительного времени. Повторять каждое упражнение нужно 5-7 раз, с фиксацией стопы в конце упражнения на 15-20 секунд. Ребенок при этом должен лежать на спине, на твердой поверхности (например, на пеленальном столе).

Упражнение 1. Взяв в одну руку голень ребенка, а в другую - среднюю часть его стопы, делать стопой движение "к себе и от себя".

Упражнение 2. Одна рука взрослого удерживает стопу ребенка за пятку, а пальцы другой руки осуществляют движение пальцев стопы ребенка "от себя и вверх".

Упражнение 3. Одна рука взрослого фиксирует голеностопный сустав малыша, а другая, обхватывая среднюю часть стопы, осуществляет движения стопы "из стороны в сторону".

Упражнение 4. Одна рука взрослого фиксирует среднюю часть стопы ребенка, а большой палец другой руки осторожно разгибает пальчики этой стопы.

Упражнение 5. Положение рук взрослого - такое же, как в предыдущем упражнении. Но разгибание проводится только с большим пальцем стопы ребенка.

Упражнение 6. Одна рука взрослого удерживает стопу ребенка за пятку, а пальцы другой руки надавливают на передний и средний отделы стопы, осуществляя её отведение в сторону.

Упражнение 7. Одна рука взрослого фиксирует голень ребенка, а пальцы другой руки надавливают на наружный край стопы, осуществляя приведение ее кнутри.

Упражнение 8. При выполнении этого упражнения ребенка укладывают на живот. Взрослый удерживает одной рукой голень малыша, оттягивая его пятку другой рукой на себя.

Упражнение 9. Одна рука взрослого фиксирует голеностопный сустав малыша, а ладонь другой руки плотно прижимается к стопе ребенка и надавливает на нее, слегка выворачивая кнаружи.

Упражнение 10. Одна рука взрослого фиксирует голеностопный сустав ребенка, другая же обхватывает стопу и выполняет движение кнаружи.

Упражнение 11. Одна рука взрослого удерживает ногу ребенка согнутой в коленном суставе, другая рука обхватывает стопу и осторожно вытягивает ее вперед, смещая в естественное положение.

Для профилактики и лечения косолапости можно использовать:

.Ходьбу по «дорожке - елочке». Нарисуйте на полу мелом или на бумаге яркими красками «елочку» длиной 1-2 м, с «веточками» под углом 15-30 градусов. Предложите малышу пройти по такой дорожке, наступая на каждую «веточку», разворачивая кнаружи стопы. Летом можно такую дорожку нарисовать на песке, выложить из дощечек или кирпичей, и пусть ребенок ходит по ней несколько раз в день. Постепенно, благодаря вашей настойчивости и терпению, вырабатывается правильная установка стоп, нормализуется походка, исправляется искривление ног. [12, с.302]

. «Резиночка». Сидя на полу, упор руками сзади, выпрямленные ноги вместе, на передние отделы стоп надеть широкую резинку. Отвести стопы в стороны, растягивая резинку; пятки остаются сомкнутыми; стараться направить пальцы «на себя» (разгибание стоп). Удержать это напряжение от 10 сек до 1 минуты 1 раз. (Если сначала не удается подольше растягивать резинку, то выполнить упражнение несколько раз до утомления мышц).

. «Брусок». Стоя передними отделами стоп на бруске высотой 10 - 15 см, пятки свисают с бруска, руками держаться за перекладину шведской стенки (или за спинку стула).

, 2, 3 - пружинистые движения пятками до пола, растягивая задние поверхности голеней и ахилловы сухожилия. 4 - вернуться в исходное положение. 8 раз.

. «Приседания». Стоя перед шведской стенкой, руками держаться за перекладину перед собой, ноги на ширине плеч. 1- Присесть как можно глубже, соединяя колени, стопы поворачиваются на внутренние своды. 2- Выпрямиться. 10 раз.

. «Самолетик» или "Лодочка". Лежа на животе, ноги выпрямлены и плотно прижаты друг к другу, стопы в положении разгибания (пальцы стоп на себя), руки перед собой.

- Поднять голову, верхний плечевой пояс и руки в стороны так, чтобы лопатки соединились. Одновременно поднять плотно сомкнутые ноги, пятками тянуться назад, растягивая позвоночник. Удержать это положение 1 минуту.

- Вернуться в исх. положение. 1 раз.

. Стоя перед стулом, руки на поясе, ноги вместе.

- Поднять правую ногу, сгибая в колене, и положить ее на сиденье стула с отведением стопы вправо.

- Вернуться в исходное положение.

- Поднять левую ногу, сгибая в колене, и положить ее на сиденье стула с отведением стопы влево.

- Вернуться в исходное положение. Выполнить 6 раз.

. «Ходьба гусиным шагом» в положении приседа с отведением стоп в стороны. Руки свободны или на поясе. До утомления.

. «Ходьба на пятках» 20 сек.

. «Птичка». Сидя на стуле, ноги вместе, руки на поясе.

- поднять передние отделы стоп с отведением в стороны.

- вернуться в исх. положение. До утомления.

. «Вращение стопой».

Сидя на стуле, правую ногу положить на левую колено на колено, руки в «замке» положить на правое колено, чтобы зафиксировать правую ногу.

- Правой стопой «рисовать» круги по часовой стрелке (до легкого утомления).

- Левой стопой «рисовать» круги против часовой стрелки (до легкого утомления).

. Танцевальное движение. Стоя ноги вместе, руки на поясе.

- Отставить правую ногу в правую сторону на пятку с отведением стопы вправо, легкий присед на левой ноге.

- Вернуться в исх. положение.

- Отставить левую ногу в сторону на пятку с отведением стопы влево, легкий присед на правой ноге.

- Вернуться в исх. положение. 8 раз.

При отведении ноги в сторону сгибать ногу в колене, чтобы было танцевальное движение.

. Растяжка задних поверхностей голеней. Сидя на полу, ноги выпрямлены и сомкнуты, руки на поясе.

Потянуться руками к стопам, стопы в положении разгибания (на себя), ноги не сгибать:

, 2, 3- выполнить пружинистые наклоны.

- Вернуться в исх. положение. 6 раз.

. «Канатоходец». Ходьба по канату или гимнастической палке с отведением стоп в стороны.

. Ползание по-пластунски с продвижением вперед и с опорой на отведенные в стороны стопы.

. "Таз". Лежа на спине, руки вдоль тела, ноги согнуты и расставлены на ширине плеч.

- Поднять таз, оставляя стопы на ширине плеч, а колени, стараясь соединить.

- Вернуться в исходное положение. 6 раз

. Игра в призраки

С помощью этой игры можно отлично развить координацию движений, мышцы ног ребенка становятся более сильными. Белая простыня и большой коврик с жесткой ворсистой поверхностью поможет ребенку поиграть с пользой для себя.

Один человек (взрослый) набрасывает на себя простыню, играя роль призрака. Ребенок снимает обувь и повторяет все действия привидения, которое передвигается по комнате. Привидение может бегать, ходить, сидеть, замирать, ребенок делает то же самое, чтобы привидение его не заметило.

Ребенок повторяет все действия призрака тихонько, на цыпочках, чтобы тренировать мышцы ног. Когда привидение оборачивается, ребенок должен «защититься» от него, попрыгав на одной ножке. Это тренирует и укрепляет мышцы ног.

. «Рыбалка с помощью ног»

Это упражнение отлично помогает при косолапости, тренируя ступни и лодыжки. Нужно посадить ребенка на стульчик - «берег реки», оттуда он будет рыбачить. Но не руками, а ножками. Нужно разбросать вокруг ребенка несколько предметов, таких, которые можно поднять пальцами стопы. Этим и будет заниматься ребенок, а заодно, и исправлять форму стопы.

Такую игру нужно проводить каждый день, и тогда у ребенка будет выравниваться косолапая стопа, и усиливаться подвижность пальчиков.

косолапость деформация стопа реабилитация

Заключение

Эволюция методов лечения врожденной косолапости отражает общую тенденцию детской ортопедии во всем мире - достижение максимальных целей минимально инвазивными средствами. Кроме того, требованиями сегодняшнего дня являются унификация и стандартизация методик, способствующая повышению их доступности, а также сокращение сроков лечения. Еще одной существенной тенденцией, влияющей на выбор методики лечения, является приоритет долгосрочного и функционального результата над ближайшим и анатомическим. Все это приводит к росту популярности методов консервативного и малоинвазивного лечения врожденной косолапости.

Ключ к достижению хороших результатов лежит в ранней диагностике, которая широко проводится в большинстве городов и районов нашей страны; всех новорожденных обследуют в родильных домах с целью выявления врожденных деформаций.

Лечение проводится в зависимости от возраста больного и степени выраженности деформации. Чем раньше начато лечение, тем лучше результаты лечения.

Литература

1. Бархатов М.В., Галактионова М.Ю., Карпушкина О.В., Носырев А.В., Бутынец С.Ю. Комплексный подход в лечении врожденной // Современные наукоемкие технологии. - 2006. - № 5 - с. 64-65

. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: учеб. пособие / Н. В. Барыкина, В. Г. Зарянская. - Изд. 12-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 447 с.

. Н.А. Белая Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников - Москва: «Советский спорт», 2001. -272 с.

. Бирюков А. А. Лечебный массаж: Учебник для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 368 с.

. Букуп. К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц: пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2007. - 320 с.

. 1. Виленский, В.Я. К вопросу о рецидивах при консервативном лечении врожденной косолапости / В.Я. Виленский // Ортопед., травматол. - 1984. - №7. - С. 36-40.

. 2. Врожденные и приобретенные деформации стоп у детей и подростков: пособие для врачей / сост. М.П. Конюхов, И.Ю. Клычкова, Ю.А. Лапкин, Л.А. Дрожжина. - СПб., 2000. - 48 с.

. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., доп. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС 2002.-512с.

. И.Ю. Клычкова, В.М. Кенис, Ю.А. Степанова Консервативное лечении врожденной косолапости: анализ результатов и перспективы / Оригинальные статьи//Травматология и ортопедия России.- 2011- № 3 - 61 с.

. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева. - 2-е изд., стереотип. - М.: Советский спорт, 2004. - 320 с.

. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Осташко В.И. Ортопедия: Краткое руководство для практических врачей. - СПб.: Гиппократ, 2001. - 368 с.

. Красикова И.С. Детский массаж. Массаж и гимнастика для детей от рождения до трех лет. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: КОРОН Апринт, 2000. - 320 с.

. Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник. - М.: Советский спорт, 2003. - 480с.

. Михайлова Н.Е. Основные компоненты программы физической реабилитации детей с врожденной косолапостью//Физическое воспитание студентов - 2012 - № 1- 69 с.

. Ортопедия: национальное руководство / под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 832 с.

. Ортопедия и травматология детского возраста / Под ред. М.В. Волкова, Г. М. Тер-Егиазарова/АМН СССР. - М.: Медицина, 1983, 464 с.

. Павлухина Н.П., Акопян Л.В., Безбородова Е.А., Новицкая Т.Г., Таюрская Л.А., Подольская И.В., Карлина О.А. Классический массаж. Основы теории и практики. Учебное пособие. / Под ред. проф. М. А. Еремушкина. - СПб: Наука и Техника, 2013. - 496 с.

. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том. II / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. - М.: Антидор, 1999. - 648 с.

. Травматология и ортопедия / Руководство для врачей: В 3 томах. Т.1. Под ред. Ю.Г.Шапошникова. - М.: Медицина, 1997. - 656 с.

. Травматология и ортопедия / Руководство для врачей: В 3 томах. Т.3. Под ред. Ю.Г.Шапошникова. - М.: Медицина, 1997. - 656 с.

. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 608 с. (Высшее образование.)

. Хирургические болезни детского возраста: учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т.2. - 584 с.

. Частная физиотерапия: Учебное пособие/Под ред. Г.Н. Пономаренко.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005.-744с.

. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Шапковой.-М.: Советский спорт, 2003. - 464 с.

. Чугуй, Е.В. Результаты лечения врожденной косолапости модифицированной повязкой Финка - Эттингена и эластоступом Чугуй у детей раннего возраста / Е.В. Чугуй // Челевек и его здоровье: материалы конгресса. - СПб., 2006. - с. 94