

О САМОКОРРЕКЦИИ И СПОНТАННОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Медицинский центр «К-Актив»¹,
РНПЦ травматологии и ортопедии, г. Минск²

В статье приведены не освещенные ранее в литературе клинические проявления, характерные для таких часто встречающихся у детей дошкольного возраста ортопедических заболеваний, как кривошея, дисплазия тазобедренных суставов и плоско-вальгусная деформация стоп. Все они являются проявлением механизмов автокомпенсации при указанной патологии. «Задне-шейная асимметрия» облегчает дифференциальную диагностику врожденной мышечной и других форм кривошеи, а также позволяет оценивать эффективность лечебных мероприятий. «Псевдокосолапость» при дисплазии тазобедренных суставов может маскировать истинную причину нарушения походки, что приводит к несвоевременному выявлению патологии и неадекватному лечению. «Транзиторная эквинусная установка стоп» является по сути механизмом автокомпенсации при их плоско-вальгусной деформации и не требует специальной коррекции.

Ключевые слова: детская ортопедия, кривошея, дисплазия тазобедренных суставов, плоско-вальгусная деформация стоп.

M. N. Koren, I. E. Shpileuski

SELF-CORRECTION AND SPONTANEOUS COMPENSATION IN SOME ORTHOPEDIC DEFORMITIES IN PRESCHOOL CHILDREN

In the article are reported some clinical manifestations, typical for such common in preschool children orthopedic diseases as torticollis, hip joint dysplasia and flatfoot, that were not described previously in accessible literature. All of them are manifestations of spontaneous compensation mechanisms in the specified diseases. «Back-neck asymmetry» helps to differentiate congenital muscular and other forms of torticollis, as well as to evaluate the effectiveness of its conservative treatment. «Pseudo-clubfoot» in cases of hip joint dysplasia can mask the real reason of abnormal gait in children and cause late diagnosis of this pathology and inadequate treatment.

«Transient pes equinus» is essentially self-compensation mechanism in cases of plano-valgus foot (flatfoot) in preschool children and requires no special treatment.

Key words: pediatric orthopedics, torticollis, hip joint dysplasia, flatfoot.

В медицинской практике при исследовании опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста наряду с классическими симптомами заболеваний периодически встречаются и иные патогномичные изменения, которые недостаточно или вовсе не освещены в доступной литературе, и мало известны широкому кругу детских травматологов-ортопедов. Многолетний опыт позволяет нам остановиться на некоторых из них, наиболее часто встречающихся в практике работы поликлинического звена, а именно:

1. «Задне-шейная асимметрия» при врожденной мышечной кривошее;

2. «Псевдокосолапость» при врожденной дисплазии бедренного компонента тазобедренного сустава (патологической антеторсии);

3. «Транзиторная эквинусная установка стоп» при задержке формирования продольного свода.

1. «Задне-шейная асимметрия»

Ещё в 80-х годах прошлого столетия нами было замечено, что при врожденной мышечной кривошее наряду с известными изменениями (стойкие наклон головы в «большую» сторону и поворот её в противоположную; относительное укорочение и натяжение «кивательной» мышцы, усиливающееся при попытке пассивной коррекции; асимметрия лица, а иногда и черепа), при осмотре пациента сзади на контрлатеральной стороне шеи во всех случаях имеется гипертрофия и гипертонус задней мышечной группы (m.m. trapezius, semispinalis cervicis et capitis), являющейся антагонистом изменённой «кивательной» мышцы (m. sternocleidomastoideus) [5]. Причём чем тяжелее была кривошея, тем более выражен был этот мышечный «валик» (рисунок 1), что позволило рассматривать его как самостоятельный патогномичный для этой патологии симптом, так как при иных формах кривошеи [1] мы его не наблюдали.



Рисунок 1. Пациент Н., 4 года. Диагноз: Правосторонняя врождённая мышечная кривошея. Виден «мышечный валик» по задней поверхности шеи слева

На протяжении последних 32 лет (с 1983 по 2015 г.) под нашим наблюдением находилось 78 пациентов (37 – мальчики, 41 – девочки) в возрасте от 1,5 до 6 лет (средний возраст – 3,5 года), из них 63 – с врождённой мышечной кривошеей, и 15 – с другими её формами. Правостороннее поражение имело место в 40, и левостороннее – в 38 наблюдениях. Оперативное лечение – нижняя (надключичная) теномиофасциотомия укороченной «кивательной» мышцы с последующей фиксацией головы в положении гиперкоррекции с помощью торакокраниальной гипсовой повязки на 5–6 недель – применена у 59 пациентов. В остальных случаях проводилось консервативное лечение по общепринятой методике. Результаты оперативных вмешательств прослежены в сроки до 3 лет, в 56 наблюдениях они расценены как хорошие и удовлетворительные, в трех – наступил рецидив деформации, который у одного пациента потребовал проведения повторного вмешательства; в двух – интенсивного консервативного лечения.

При устранении кривошеи (укорочения «кивательной» мышцы) как путём консервативного лечения (в легких случаях), так и оперативно, в течение 1–1,5 лет после излечения этот «валик» постепенно исчезал или значительно уменьшался, а при рецидиве деформации или неполном рассечении мышцы – сохранялся.

Вышеизложенное свидетельствует, что формирование при врождённой мышечной кривошее «заднешейной мышечной асимметрии» является проявлением спонтанной компенсирующей и корректирующей деформацию реакцией организма вторичного характера, имеющей важное диагностическое и прогностическое значение.

2. «Псевдокосолапость»

Нередко на амбулаторном приёме при осмотре детей дошкольного возраста родители предъявляли жалобы на «косолапость» – то, что ребёнок при ходьбе постоянно ставит стопы «носками внутрь», причём часто это являлось единственным поводом для обращения

к врачу-специалисту. В незначительной части таких случаев была выявлена патология стоп – легкая степень врождённой косолапости или приведенная стопа. В большинстве же случаев при ортопедическом исследовании пациентов было определено, что причиной такой походки являлась патологическая статико-динамическая установка нижних конечностей за счёт избыточной внутренней ротации в тазобедренных суставах. Величина избытка активной и пассивной внутренней ротации варьировала от 20° до 45°, эта патология всегда являлась двусторонней. При этом во всех наблюдениях дети могли произвольным напряжением устранять эту установку, но на непродолжительное время. При клиническом исследовании пациентов в положении разгибания в тазобедренных суставах определялось увеличение внутренней ротации при уменьшении (или отсутствии) наружной, смещение больших вертелов кзади от линии Roser-Nelaton, иногда (у детей с незначительным развитием жировой клетчатки) пролабирование головки бедренной кости в Скарповском треугольнике.

В период с 2008 г. по 2015 г. под нашим наблюдением находилось 54 ребёнка (мальчиков – 38, девочек – 16) в возрасте от 2,5 до 6 лет (средний возраст – 3,5 года) с двусторонней внутривертальной установкой. Всем была им выполнена рентгенография обоих тазобедренных суставов в прямой проекции (рисунок 2). На снимках изучались: величина проекционного шеечно-диафизарного угла (ПШДУ), степень антеторсии (АТ) по Krottschek [6], а также ацетабулярного индекса (АИ). Полученные данные свидетельствовали о наличии элементов дисплазии бедренного компонента сустава при нормальном развитии тазового: АИ у всех пациентов был в пределах верхней границы возрастной нормы. ПШДУ колебался от 148° до 165° (в среднем – 152°, при возрастной норме 135°–140°, которая, впрочем, несколько отличается у различных авторов), АТ – от 35° до 60° (в среднем 40°, при возрастной норме до 25°) [2–4, 6]. Ни в одном наблюдении показаний к оперативной коррекции выявлено не было. Всем пациентам предписывалось исключение повышенных нагрузок (бега, прыжков, длительной ходьбы и т. п.), рекомендовались занятия на велосипеде и плавание, периодические курсы ФТЛ и массажа. Особо рекомендовалось родителям не предпринимать усилий по «отучению» ребёнка от «неправильной» походки, так как такая внутривертальная установка является проявлением компенсаторного самокорректирующего механизма, улучшающего центрацию головки бедренной кости в вертлужной впадине, увеличивающего стабильность и опороспособность тазобедренного сустава, способствующего его правильному развитию. Всем пациентам рекомендовалось динамическое наблюдение ортопеда и контрольная рентгенография 1 раз в год.

Динамика показателей стабильности тазобедренных суставов и отдалённые результаты были изучены у 42 пациентов (78%) в сроки до 4 лет от момента первичного обращения (в среднем 3 года). В 40 случаях (95,2%) к концу срока наблюдения показатели ПШДУ и АТ достигли верхней границы возрастной нормы, а установка нижних конечностей и походка нормализовались. В 2 случаях, на фоне сохраняющейся избыточной антеторсии, сформировалась наружно-торсионная

□ В помощь практикующему врачу



Рисунок 2. Пациентка И., 3 года. При обращении жалобы на «косолапость», ребёнок ходит в положении выраженной внутренней ротации нижних конечностей. Выполнена рентгенограмма тазобедренных суставов в прямой проекции, установлен диагноз «Дисплазия тазобедренных суставов» (впервые)

деформация костей голени, что расценено нами как патологическая компенсация, требующая оперативной коррекции.

Таким образом, внутривертлбная статико-динамическая установка нижних конечностей у детей дошкольного возраста является проявлением самокоррекции и спонтанной компенсации при патологической анте-торсии проксимального отдела бедренной кости диспластического генеза и имитирует патологию стоп. В таких случаях показано стандартное рентгенологическое обследование тазобедренных суставов; при наличии соответствующих показаний пациенты подлежат направлению в специализированный стационар для решения вопроса о целесообразности оперативного лечения [2, 3], прочих же целесообразно оставлять под динамическим наблюдением.

3. «Транзиторная эквинусная установка стоп»

У некоторых пациентов также единственным поводом для обращения к детскому ортопеду являлось то, что ребёнок периодически на протяжении достаточно длительных периодов времени (от 1 месяца до 1 года) ходит, и даже бегает «на носочках», не испытывая при этом дискомфорта и не предъявляя никаких жалоб, с сохранением нормальной или даже повышенной двигательной активности, легко поддерживая равновесие.

За последние 5 лет под нашим наблюдением находилось 23 ребенка в возрасте от 2 до 5 лет (в среднем 3 года); девочки – 15, мальчики – 8. Родители пациентов отмечали, что длительность передвижения «на носочках» составляла от половины до двух третей периода бодрствования; в остальное время, а также по просьбе опора осуществлялась нормально, на всю стопу, что давало повод некоторым родителям рассматривать это как вредную привычку.

При клиническом осмотре отмечено хорошее развитие мышц нижних конечностей, особенно задней группы голени; каких-либо проявлений нейромышечной патологии выявлено не было, анамнез не отягощён. Во время ходьбы «на носочках» стопы детей находились в положении выраженного подошвенного сги-

бания на всех фазах шага, опора осуществлялась на головки плюсневых костей и переразогнутые пальцы; средний и задний отделы не контактировали с опорной поверхностью. У 12 пациентов отмечена тенденция к плоско-вальгусной установке стоп при статической нагрузке; 14 детей консультированы детским неврологом – каких-либо патологических изменений со стороны центральной и периферической нервной системы не выявлено. Вместе с тем, у всех отмечено наличие повышенной психомоторной активности, впрочем, существенно не выходящей за пределы возрастной нормы и конституции.

Всем пациентам мы рекомендовали пользоваться рациональной обувью, ЛФК и динамическое наблюдение. Особо оговаривалось, что запрещать детям ходьбу «на носочках» не следует. Эта рекомендация основывалась на том, что такая установка стоп при ходьбе у детей дошкольного возраста, по нашему мнению, является проявлением самокорректирующего лечебно-профилактического механизма, направленного на формирование нормальных сводов стоп путём укрепления поддерживающих их мышц. Стоит отметить, что такая ходьба является одним из основных кинезитерапевтических упражнений, применяемых для профилактики и лечения плоскостопия у детей. При динамическом наблюдении за всеми детьми было отмечено самопроизвольное прекращение ходьбы «на носочках» через 6–15 месяцев (в среднем 10 месяцев) после первичного обращения.

В заключение следует отметить, что при некоторых видах и формах ортопедической патологии у детей дошкольного возраста происходит «включение» и реализация вышеописанных механизмов спонтанной коррекции и компенсации, что следует учитывать на всех этапах диагностики, профилактики и лечения. Так, «заднешейная асимметрия» облегчает дифференциальную диагностику врождённой мышечной и иных форм кривошеи, а также позволяет оценивать эффективность проводимых лечебных мероприятий; «псевдокосолапость» при дисплазии тазобедренных суставов может маскировать истинную причину нарушения походки, что приводит к несвоевременному выявлению патологии и неадекватному лечению, а «транзиторная эквинусная установка стоп» является по сути механизмом автокомпенсации при их плоско-вальгусной деформации и не требует специальной коррекции.

Литература

1. Белецкий, А. В., Герасименко М. А. Детская ортопедия: патология шеи и стопы. Курс лекций. – Минск, 2003. – С. 5–8.
2. Волков, М. В., Тер-Егизаров Г. М., Юкина Г. П. Врождённый вывих бедра. – М.: Медицина, 1972. – С. 41.
3. Малахов, О. А., Крамина С. Э. Врождённый вывих бедра. – М.: Медицина, 2006.
4. Садофьева, В. И. Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы у детей. – Л.: Медицина, 1990. – С. 156.
5. Синельников, Р. Д. Атлас анатомии человека. – М.: Медицина, 1967. – Т. 1. – С. 256–259.
6. Krotschek, E. Fruhergebnisse der Behandlung angeborenen Huftluxationen // Z. Orthop. – 1956. – Vol. 87. – P. 399.

Поступила 14.03.2016 г.