

ПРИМЕНЕНИЕ ТУТОРА НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КЕЛЕРА I У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Н.Л. Тихонов

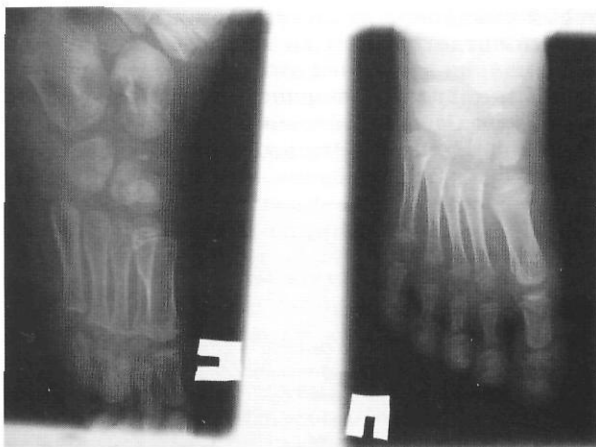
ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России», Новокузнецк



По данным разных авторов (Е.А. Абальмасова, 1983; Л.П. Соков, 1985; В.Ф. Трубников 1986) эта патология встречается у детей 5-10 лет. Среди неперемных условий в технологии лечения – длительное ношение гипсовой повязки и ходьба на костылях. Гипсовая повязка быстро приходит в негодность, требует замены, на нее невозможно надеть обувь. Костылями дети пользуются неохотно. Все перечисленное затрудняет посещение детского сада или школы. Мы решили заменить гипсовую повязку тупором, изготовленным по гипсовому слепку.

Ребенка Н. 5 лет привели в поликлинику с жалобами на боли в предплюсневом отделе правой стопы. Непостоянные боли в стопе беспокоят около двух месяцев, в последнюю неделю болевой синдром усилился, появилась хромота. Общее состояние не страдало.

При осмотре выявляется небольшая отечность по внутреннему краю правой стопы, боль при пальпации, осевой нагрузке в области вершины свода правой стопы. Кожные покровы не изменены. Передний отдел стопы приведен, супинирован, при ходьбе прихрамывает на правую ногу.



На сравнительных рентгенограммах от 30.09.2008 г. (Рис. 1) выявляется: ядро окостенения ладьевидной кости правой стопы уменьшено в размерах, фрагментировано по сравнению с аналогичным ядром левой стопы.

Больному поставлен диагноз: остеохондропатия ладьевидной кости правой стопы, стадия фрагментации.

Учитывая возраст больного, повышенную двигательную активность и нежелание пользоваться костылями при ходьбе, принято решение изготовить тупор на правый голеностопный сустав с разгрузкой среднего отдела стопы.

Снят гипсовый слепок, на позитиве произведены наращивание глубины продольного свода и тщательное моделирование. Тупор изготовлен из листового полиэтиленанизкого давления методом вакуумного формования (Рис.2). Проведена подгонка по стопе и к обуви пациента. Разрешена дозированная ходьба, назначено физиолечение: электрофорез с новокаином, йодистым калием, УФ0, гидромассаж конечности. Наблюдение в течение 1,5 лет. Все это время пациент ходил без костылей с нагрузкой на правую ногу, посещал детский ортопедический сад, где проводились повторные курсы физиотерапевтического лечения. Боли не беспокоили. Дважды производилась замена тупора (в связи с ростом пациента и поломкой тупора при ходьбе).

На контрольных рентгенограммах от 22.01.2009 г. и 09.09.2010 г. (Рис. 3, 4) прослеживается полное восстановление ладьевидной кости

правой стопы. При контрольном осмотре в октябре 2010 г. ходьба правильная, симметричная, жалоб нет. Пользуется обувью с вкладной стелькой-супинатором.

На данном примере показана роль рационального ортезирования в комплексе лечебных мероприятий у детей. Тупор выполнял роль фиксирующего, разгружающего приспособления, позволил больному передвигаться без костылей, пользоваться обычной обувью, что существенно облегчило уход за ребенком.

