## Врожденная косолапость

Этоаномалия развития конечности, сопровождающая­ся изменениями на уровне голеностопного, Шопарова и Лисфранкова сус­тавов, приводящая к выраженным функциональным нарушениям нижней конечности и всего опорно-двигательного аппарата.

Деформация занимает одно из первых мест среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата и составляет до 40% деформации нижних конечностей. Частота данного заболевания колеблется в пределах 1 – 2 случаев на 1000 новорожденных.

Различают следующие ***степени деформации***:

При ***легкой*** степени деформации удается одномоментно корригировать все компоненты деформации деформация не превышают 10 – 15°.

При ***средней*** степени деформация выраженной и ригидной, т.е. исправить одномоментно не возможно. Супинация стопы составляют от 15 до 30°.

При ***тяжелой*** степени – деформация устойчива и превышают 30 – 35°.

***Клиника*** у новорожденных:

* аддукции переднего отдела стопы,
* супинации стопы,
* эквинус стопы,
* высокое стояние пяточного бугра (в тяжелых случаях).

***С началом ходьбы*** все клинические проявления усугубляются.

* прогрессирует супинация;
* омозолелость кожи наружно-тыльной поверхности стопы (больной ходит на ней, подошвенная поверхность при этом смотрит вверх);
* образуются слизистые сумки под омозолелостью;
* гипотрофия мышц голени;
* косолапая походка.

Ребенок, страдающий врожденной косолапостью, должен быть излечен к началу ходьбы.

### *Лечение*

**Консервативное лечение** врожденной косолапости необходимо начинать с момента установки диагноза с первых дней жизни ребенка (после отпадения пуповины).

* редрессирующая гимнастика – насильственное постепенное исправление деформации с последущим
* наложение этапных гипсовых повязок на 7 дней для закрепления достигнутого результата коррекции
* Этапные гипсовые повязки проводятся до переведения стопы в положение гиперкоррекции.
* Далее ребенку изготовляют нитролаковые ортезы для голени и стопы, в которых нога развивается до 3-3,5 лет. Ортезы-тутора меняют по мере роста стопы ребенка.
* назначают массаж разгибателей стопы и малоберцовых мышц,
* тепловые процедуры и ЛФК для голеностопного сустава.
* допустима электростимуляция малоберцовых мышц и разгибателей стопы. ***Оперативное лечение***

Считается оправданным ран­няя хирургическая коррекция косолапости, если при проведении консерва­тивного лечения протяжении 2 – 3 месяцев не получено должного эффекта.

* оперативное вмешательство на сухожильно-связочном и капсулярном аппарате стопы и голеностопного сустава по методике Т.С. Зацепина произво­дится в 1 – 3 года;
* при тяжелых степенях косолапости, у больных в возрасте 3 – 12 лет с отягощенными формами косолапости (при рецидивирующих формах) рекомендовано проведение оперативных вмеша­тельств по методике Т.С. Зацепина с фиксацией стопы дистракционно-компрессионным аппаратом. Это позволяет в послеопера­ционном периоде путем постепенной дистракции вывести стопу в положе­ние гиперкоррекции, вправить таранную кость в вилку голеностопного сустава и обеспечить декомпрессию таранной кости, соблюдая при этом меры профилактики асептического некроза блока таранной кости.
* операции на костях стопы проводят у подростков и взрослых.

После оперативных вмешательств ношение ортезов обязательно для управляемого формирования стопы.

С.И.Киричек, доцент кафедры травматологии и ортопедии.