

## ОПЫТ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РАЗНОЙ ДЛИНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Арсеньев А. В., Дудин М.Г.

*ВЦДОиТ «Огонёк»,*

*Санкт-Петербург*

Разная длина нижних конечностей (МКБ X — M21.7) относится к числу наиболее частых ортопедических дефектов. Один из последних массовых осмотров среди школьников с 1-го по 11-й класс, отображающих ситуацию по этой проблеме, был проведен коллективом новосибирских ученых под руководством Т.Н. Садовой (2011). В результате обнаружено, что разница в абсолютной (анатомической) длине ног имеет место у 27% обследованных, а относительное (функциональное) укорочение с одной стороны — у 59,1 %. Эти данные совпадают с нашими собственными наблюдениями по частоте встречаемости этого явления среди пациентов, поступающих в стационар ВЦДОиТ «Огонек». Общепринятая тактика ведения таких больных заключается в пассивном выжидании и «приспособлении» пациента к имеющемуся дефекту при помощи дополнительных стелек, индивидуальной ортопедической обуви и т.п.

Данная публикация отражает наш, более чем 10-ти летний опыт курации этой категории пациентов в стационарных условиях.

В целом, под нашим наблюдением находилось более 400 детей в возрасте от 10 месяцев до 15 лет. Для детального анализа были взяты результаты работы с 87 произвольно взятыми больными. Девочек было в 3 раза больше, чем мальчиков (76% и 24% соответственно). Пациентов с укорочением левой нижней конечности было больше (61 % и 39% соответственно). Средняя величина дефекта была примерно одинакова: укорочение правой ноги на  $1,2 \pm 0,2$  см и левой на  $1,3 \pm 0,2$  см.

Все пациенты были детально обследованы при помощи клинических и инструментальных методов. Проводилась оценка ортопедического статуса с обязательной антропометрией (в т.ч. длины нижних конечностей). Рентгенография назначалась только в отдельных случаях при наличии показаний и служила источником информации об особенностях строения метаэпифизарных зон костей и структуры костной ткани. Основным же инструментальным методом диагностики была абсолютно безопасная Компьютерная Оптическая Топография (КОТ), которая позволяла определять угол наклона таза, величину статической сколиотической дуги и оптимальный размер необходимой компенсации дефекта.

Лечебная тактика складывалась из нескольких компонентов. Основой лечебного воздействия была се-

лективная магнитотерапия для ускорения пролиферации хондроцитов ростковых зон короткой конечности и ингибирования процессов роста длинной на момент проведения процедуры (патент РФ № 2212258 от 28.11.2001 г.). Кроме этого проводилось ФТЛ, направленное на улучшение кровотока в области наиболее «мощных» ростковых зон короткой конечности (ростковые зоны костей, сочленяющих коленный сустав). Применялось, основанное на законе Гютера-Фолькмана дозированное манжеточное вытяжение по оси короткой конечности на время дневного и ночного сна. Пациентам назначался асимметричный дифференцированный массаж, ЛФК и общеукрепляющая терапия, способствующая росту. Средняя продолжительность курса лечения составила 1,5-2,0 мес.

Положительный результат в виде уменьшения величины имеющегося дефекта за один курс получен у 65% пролеченных (средняя величина коррекции оказалась достоверной и составила  $0,5 \pm 0,1$  см), отрицательных результатов или каких-либо осложнений в ходе проводимого лечения не отмечено. Полученные в результате наблюдения данные, позволяют рекомендовать такой лечебный подход в широкую практику.