

получения нормокоррекции стопы, далее через 10 дней до гиперкоррекции и в дальнейшем до одного года через каждые 2 недели.

После первого года рекомендовали ношение ортопедической обуви и съемных туторов. Из группы наблюдаемых детей у 3-х пациентов отмечен рецидив, что связано с нарушением ортопедического режима.

Таким образом, успешное решение проблемы лечения возможно при соблюдении следующих мероприятий: ранняя диагностика и своевременное лечение, начиная с периода новорожденности, соблюдение ортопедического режима, совместное лечение с невропатологами, диспансеризация и учет детей с данной патологией, санитарно – просветительная работа среди населения, родителей, педиатров, хирургов, ортопедов, направленная на освещение знаний о патологии опорно-двигательного аппарата.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

**Х.В. Касымжанова, А.У. Умешов, А.З. Кусаинов, Р.С. Жумадильдаев,
Б.К. Кожыханов, И.М. Пукалова**

**Казахский национальный медицинский университет,
Казахский институт усовершенствования врачей, ДГКБ №1
Алматы, Республика Казахстан**

Врожденная мышечная кривошея является одним из наиболее распространенных патологий, наблюдаемых у детей первого года жизни, и занимает по частоте третье место после дисплазии тазобедренного сустава и деформации стопы.

Кривошея не всегда обнаруживается при рождении, она чаще возникает по мере нарастания рубцовых изменений грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 2-3 недели жизни.

Под наблюдением в условиях №1 ДГКБ поликлиники в период 2000-2008 гг. с диагнозом “врожденная мышечная кривошея” находились 47 детей. В зависимости от времени установления диагноза дети распределились следующим образом: в возрасте до 1 месяца – 39 детей, до 3 месяцев – 8 детей.

Ведущим методом лечения является систематически проводимая гимнастика. В положении на спине несколько раз в день по 10-15 минут производят пассивные движения головой (наклоны, повороты). При этом следует фиксировать плечико. Упражнения не должны вызывать болей, так как при этом могут возникнуть судорожные спазмирования, надрывы, усиливающие рубцевание.

Гимнастику следует сочетать с массажем и физиотерапией, только гимнастику проводят постоянно, а массаж и физиопроцедуры – курсами. В упрощенной схеме: ЛФК – корригирующая гимнастика 3-4 раза в день до кормления - до 20-30 движений – постоянно, массаж по 10 -15 сеансов ежемесячно - 2-3 курса. Физиолечение – электрофорез с 3% йодистым камнем или с лидазой по 10 сеансов 2-3 курса ежемесячно: правильная укладка больного на стороне пораженной мышцы.

При необходимости подключалось лечение невропатолога. Из всех наблюдаемых детей у 2 пациентов консервативное лечение было безуспешным, в дальнейшем им было проведено оперативное лечение. Исключительно редко встречается двухсторонняя кривошея. При этом голова ребенка наклонена либо книзу, либо запрокинута, пораженные мышцы напряжены. Основным методом лечения также является гимнастика, ношение воротничка, выработка правильной осанки.

Следовательно, для успеха консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи необходимы: ранняя диагностика и своевременное лечение, диспансерный учет, правильная система методов консервативного лечения, совместное лечение с невропатологами, обучение родителей корригирующей гимнастике.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ ТРАВМАХ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

А.Р. Ким, А.У. Садыкова, А.Н. Кан
Детская городская клиническая больница №1, Алматы, Республика Казахстан

Неправильно сросшиеся переломы и костно-травматические деформации в области локтевого сустава наблюдаются в основном в результате переломов головочки мыщелка плечевой кости, чрезмыщелковых переломов.

В качестве иллюстрации приводим необычный случай посттравматической деформации и укорочение руки через 9 лет после перенесенного чрезмыщелкового перелома плечевой кости.

У ребенка К., 6 лет после травмы диагностирован чрезмыщелковый перелом плечевой кости с небольшим угловым смещением кзади. После репозиции на контрольных рентгенограммах и после снятия гипса стояние костных отломков удовлетворительное. Функция сустава после лечения полностью восстановлена. Через 9 лет объективно обнаружена деформация и укорочение руки.

На сравнительных рентгенограммах локтевых суставов в возрасте 15 лет выявляется деформация и заметное увеличение головки мыщелка плечевой кости, ранний синостоз зоны роста травматического повреждения – эпифизеолиза головки лучевой кости, не распознанного на первых снимках, осложненного посттравматическим остеохондрозом головки лучевой кости, который мог быть выявлен только при выполнении сравнительных рентгенограмм обоих локтевых суставов как при первоначальном исследовании в оценке характера травматического повреждения, так и при контрольном исследовании в динамике через год.

Отсюда следует вывод: в сложных случаях, как в целях первичной диагностики травматических повреждений, так и в отдаленных сроках для проведения адекватного реабилитационного лечения травматических повреждений и последствий необходима сравнительная рентгенография локтевых суставов у детей во избежание диагностических ошибок.