ПРОБЛЕМИ ОСТЕОЛОГІЇ

УДК 616.7-053.4-084/-085

Лучишин Н. Ю., Ковальчук Т. А.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Сучасні погляди на лікувальну тактику при захворюваннях опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку: лікувати чи спостерігати

Резюме. У статті наведено результати аналізу вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, що стосуються розв'язання проблем лікувальної тактики при найбільш поширених захворюваннях опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку. Згідно рекомендацій, у дітей цієї вікової групи при виявленні асимптоматичної гнучкої плоскостопості, порушенні постави та сколіозу легкого ступеня рекомендоване спостереження з діагностикою змін кожні 4-6 тижнів. Поява симптомів порушення ресорної функції ступні свідчить про необхідність застосування коригуючих засобів (вправи, ортопедичні устілки та взуття), а підтверджені деформації її склепіння є підставою для хірургічної корекції виявлених порушень. Стосовно порушення постави, то, крім тренування навички рівностояння та реабілітаційної терапії, рекомендовано усунення причини порушення постави. Лікування сколіозу середньої тяжкості (2-3 ступенів) полягає в застосуванні корсетів з відповідною до віку дитини та стану м'язового каркасу лікувальною гімнастикою. У випадках складної деформації хребта, яка потребує нейрохірургічного втручання, застосовують малотравматичні методи корекції сколіотичної деформації з використанням металевих конструкцій.

Ключові слова: плоскостопість; порушення постави; сколіоз; дошкільники; лікування

Вступ

Дошкільний період фахівці всього світу визнають віком найбільш стрімкого розвитку дитини, первинного формування фізичних і психічних якостей, необхідних людині протягом всього наступного життя й служить основою для придбання надалі будь-яких спеціальних знань і навичок, засвоєння різних видів діяльності. Загальновідомо, що однією з основних умов, що забезпечує здоров'я, є раціональна рухова активність. Однак, у сучасному суспільстві на тлі високих рівнів статичного, сенсорного та інформаційного навантаження зросла проблема недостатньої рухової активності дітей, що негативно відображається на стані їхнього здоров'я, знижує розумову та фізичну працездатність. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я, в останні роки в більшості регіонів України кількість здорових дітей зменшилася утричі й складає на сьогодні 20 % від їх загальної кількості.

Численними науковими дослідженнями доведений тісний зв'язок між станом опорно-рухового апарату (ОРА) й здоров'ям людини. За результатами статистичних досліджень, захворювання опорно-рухового апарату посідають третє місце в структурі захворюваності після серцево-судинних та онкологічних хвороб. Наукові дослідження підкреслюють і той факт, що в дітей старшого дошкільного віку перше місце посідають хвороби кістково-м'язової системи – плоскостопість, порушення постави, сколіоз, тому важливим є попередження розвитку порушень, які далі можуть призвести до захворювань та ускладнень у стані здоров'я, інвалідизації [1, 2].

За ствердженням дослідників, близько 80% випадків патологій ОРА в дитячому віці становить статична плоскостопість. Доведено також, що з віком ця патологія зростає (від 35,3% у 3-4-річному віці до 56,1% – у 5-6-річному віці) [3]. Така ж динаміка відзначена в поширенні деформацій хребта функціонального характеру: від 25–30% випадків серед дошкільнят до 41% у віці 7-9 років та 63% у 13-15-річних школярів, тобто в періоди інтенсивного зростання. Кількість дітей з порушеннями постави в Україні за останні 10 років зросла удвічі, що призводить не тільки до патології рухового апарату, але й до порушень основних вегетативних систем [4, 5]. Отже, й на теперішній час є актуальним

питання раннього виявлення захворювань ОРА та адекватного реагування на ці порушення.

Мета дослідження – узагальнити дані літературних джерел щодо сучасних підходів до лікувальної тактики при найбільш поширених захворюваннях ОРА в дітей дошкільного віку.

Результати

Велика кількість досліджень, здійснених вітчизняними та зарубіжними науковцями (педіатрами, реабілітологами, педагогами) підтверджують важливість раннього виявлення та правильної тактики в корекції порушень ОРА в дітей, особливо у віці 4-5 років [6, 7, 8, 9, 10].

У своїх дослідженнях науковці розглядають низку внутрішніх і зовнішніх причин порушень функцій ОРА в дітей старшого дошкільного віку. До внутрішніх (ендогенних) причин відносять генетичну спадковість, вроджені вади фізичного розвитку, особливості періоду першого скелетного витяжіння в 5-7 років, фізіологічно обумовлений недостатній розвиток м'язової системи, ослаблений м'язовий тонус м'язів спини, черевного пресу та верхнього плечового поясу, функціональна недостатність зв'язково-суглобового апарату, що призводить до деформацій кісток унаслідок неправильного положення тіла тощо. Зовнішніми (екзогенними) причинами є нераціональний руховий режим, що призводить до нетренованості м'язово-суглобового апарату, незбалансований режим харчування, забрудненість зовнішнього середовища, недостатній рівень освіченості в цьому питанні батьків і вихователів дошкільних навчальних закладів для ефективної корекційно-профілактичної роботи в умовах освітнього закладу та в домашніх умовах [1].

Опрацювання науково-методичної літератури показало, що на даний час деформації нижніх кінцівок у дітей розглядаються в більшості випадків як фізіологічні, що не потребують будь-якого лікування, оскільки вони рідко призводять до інвалідності [11]. Така фізіологічна плоскостопість – часта знахідка в немовлят і дітей навіть до 8-10 років [8], однак зустрічається й в підлітковому віці. На думку деяких дослідників [8, 12], встановлення діагнозу «плоскостопість» до 5-6 років – недоцільно, оскільки в цьому віковому періоді м'язово-зв'язковий апарат ще повністю не сформований. Проте, вони зауважують, що заходам із профілактики плоскостопості потрібно приділяти увагу ще з раннього дитинства, не чекаючи на деформаційні зміни ОРА.

Незважаючи на значну поширеність, не існує стандартного визначення плоскостопості у дітей. Так, огляд Кокранівської бази даних виявив відмінності в рекомендаціях щодо діагностики та лікування плоскостопості у дітей через брак стандартизованих діагностичних підходів [14]. Але більшість з них зосереджені на визначенні висоти склепіння ступні, зміщення кута п'яти й встановленні клінічного типу (гнучка чи ригідна) плоскостопості. Дослідники звертають увагу на те, що неадекватно діагностовану плоскостопість у дітей часто лікують без відповідних на те показань.

На достатньому доказовому рівні підтверджується залежність збільшення частоти виявлення випадків плоскостопості в дітей із синдромом гіпермобільності суглобів, а також надмірною масою тіла [8, 15]. Значну залежність між надлишковою масою тіла й ожирінням дітей дошкільного віку та плоскостопістю, виявлену при дослідженні [11, 12], поклали в основу рекомендацій щодо доцільності поєднання аеробних навантажень із вправами на розвиток постави. Тому, у виборі тактики лікування автори огляду рекомендують базуватися на виявленні суб'єктивних відчуттів болю в дитини, ступеня гнучкості ступні, беручи до уваги вік пацієнта, його стать, вагу й наявність синдрому гіпермобільності суглобів. Цікаві результати дослідження впливу типу взуття на розвиток плоскостопості в дітей оприлюднили дослідники [13], які виявили, що носіння взуття загалом та закриті його фасони частіше викликає розвиток плоскостопості в дітей раннього віку.

За клінічними особливостями плоскостопість поділяють на гнучку та ригідну. Гнучка плоскостопість, яка найчастіше діагностується в дітей дошкільного віку, може бути безсимптомною, або ж проявлятися болем під час ходьби та порушенням ресорної функції ступні. Група німецьких дослідників, вивчаючи залежність порушення ресорної функції ступні від клінічної форми гнучкої плоскостопості, виявили недостовірну різницю в рівнях зниження кінематики ступні при гнучкій безсимптомній плоскостопості та плоскостопості із клінічними проявами. Вони відзначили, що прояви швидше залежать від зносу тканин і суб'єктивних больових порогів пацієнтів [16].

За рекомендаціями [8, 14], діти з безсимптомною гнучкою плоскостопістю повинні перебувати під спостереженням лікаря з контролем ознак прогресування. Наростання клінічних проявів плоскостопості, а також наявність її навіть за відсутності симптомів у дітей, старших восьми років, вимагатиме повторної оцінки деформацій для виявлення основного захворювання.

За умови появи клінічних проявів плоскостопості (болю по медіальній стороні ступні, болю в ногах і колінах, порушення ходи) лікування повинне включати корекцію фізичної активності, правильний підбір взуття та ортезів, застосування нестероїдних протизапальних препаратів у випадках вираженого больового синдрому. Крім того, рекомендовано лікувати супутню патологію (надмірну масу тіла, синдром гіпермобільності суглобів, м'язову гіпотонію) [15, 17].

Сучасна система реабілітації дітей з ортопедичною патологією передбачає використання різних засобів і методів кінезіотерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, спрямованим на зміцнення м'язів, що формують склепіння ступні [2, 6, 7, 18].

Стосовно використання ортопедичних устілок і взуття, результати досліджень показують, що відсутні докази швидкого ефекту від їх використання, проте через коригування стану м'яких тканин відбувається опосередкований позитивний віддалений вплив на ресорну функцію ступні [19].

При позитивній динаміці клінічних проявів рекомендованою є тактика наступного спостереження. Відсутність відповіді на лікувальні заходи при гнучкій плоскостопості та ригідна форма цієї деформації є показами до скерування дитини до ортопеда для хірургічної ортопедичної корекції [19, 20, 21, 22]. Хірургічні операції при плоскостопості розділяють на операції, що виконуються на м'яких тканинах (сухожилково-м'язові пересадки, транспозиція), на кістках (остеотомія, резекція кісток ступні), на суглобах (панартродез ступні, трьохсуглобовий артродез та ін).

Спричинені плоскостопістю порушення локомоції ходи, виникнення больових синдромів обумовлюють розвиток порушень постави, деформацій грудної клітки й нижніх кінцівок, дегенеративно-дистрофічних захворювань, що, у свою чергу, призводять до обмеження соціального статусу та погіршення якості життя дитини. Початкові стадії захворювань та функціональні розлади ОРА, викликані високим рівнем статичного, сенсорного та інформаційного навантаження на тлі низького рівня загальної рухової активності дітей, при несвоєчасному виявленні та лікуванні переходять у фіксовані форми, що стають причиною вертеброгенних захворювань та негативно впливають на якість подальшого життя [22, 23, 24, 25].

Порушена постава та сколіоз створюють умови для прояву захворювань хребта й інших органів опорно-рухової системи, що призводить до розладів діяльності внутрішніх органів через зниження рухливості грудної клітки, діафрагми [26]. Зниження ресорної функції хребта в дітей з порушенням постави спричинює постійні мікротравми головного мозку під час ходьби, бігу й інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується швидким настанням втоми [27]. Підтверджується також зворотній вплив: залежність стану постави від психологічного стану дитини. Так, деякі дослідники визначають поставу як психофізіологічну особливість організму, що залежить від психологічного стану дитини [28]. Звертаючи увагу на емоційну складову, науковці простежили, що кіфоз частіше виникає в дітей, котрі переживають відчуття провини, схильні до депресій.

Корекція порушеної постави в дитини полягає в модифікації раціонального режиму дня; чергування праці та відпочинку, сну, повноцінного харчування, виконання фізичних вправ і загартовування організму. У регламентованому режимі передбачені також заняття коригувальними вправами. Для корекції порушень постави в дітей спортивні лікарі, реабілітологи розробили й продовжують вдосконалювати велику кількість науково обґрунтованих комплексів вправ [28, 29, 30, 31].

Стосовно лікувальної тактики при сколіозі, рекомендовано зважати на вік дитини, темпи росту, вираженість викривлення хребта й тип сколіозу. У різних випадках може бути рекомендоване спостереження, використання коригуючого корсету або ж хірургічне втручання [32].

Спостереження, яке включає повторні огляди дітей кожні 4-6 місяців, показане у випадку легких ступенів викривлення хребта (до 25 градусів за Коббом).

Згідно клінічних настанов щодо консервативного лікування ідіопатичного сколіозу з позицій доказової медицини, терапевтичні заходи поділяють на корекцію морфологічних та функціональних порушень. Обидві групи заходів забезпечують вплив на естетичну та психологічну компоненти, а також якість життя дітей, що розглядаються експертами Міжнародного наукового товариства ортопедії та реабілітаційного лікування (SOSORT) як три найбільш важливі пункти в ранговому переліку мети лікування дітей зі сколіозом [32].

Комплексне лікування ідіопатичного сколіозу передбачає припинення його прогресування, попередження або лікування респіраторних порушень, попередження або лікування больового синдрому, корекцію естетичного вигляду, нормалізацію постурального балансу. З метою стабілізації рекомендоване застосування комплексу лікувально-відновних заходів, де чітке місце посідає фізіотерапія, завданням якої є загальнозміцнюючий та коригуючий вплив на хребет, покращення кровообігу в кістково-м'язовій тканині, зміцнення м'язів спини й живота, нормалізація функціонального стану нервово-м'язового апарату, розвантаження слабкої половини хребта та мануальна терапія (рівень доказовості B) [2, 4, 28, 29, 30, 31]. Важливим є зауваження, що динамічна гімнастика в вигляді швидких, високоамплітудних рухів здатна підсилити рефлекторний спазм м'язів, призвести до їх мікротравматизації. При сколіотичній хворобі рекомендована статична гімнастика в поєднанні з дихальними вправами, яка більш ефективно сприяє збільшенню сили м'язів, їх розслабленню й, як результат, ліквідації функціональних блокад та зменшенню сколіотичної дуги [32, 33, 34].

На доказовому рівні B доведена ефективність лікування ідіопатичного сколіозу середньої тяжкості в дітей у період інтенсивного росту (в тому числі й дошкільного віку), із застосуванням корсетів для стабілізації хребта при щоденному їх використанні протягом 16-18 годин. Найбільш ефективним у лікуванні сколіозу в дітей вважається використання індивідуально створених еластичних корсетів, що не порушують дихальну функцію (рівень доказовості A) [31].

Згідно досліджень Міжнародного наукового товариства ортопедії та реабілітаційного лікування (SOSORT), використання гомеопатичної та нетрадиційної медицини, як і акупунктури чи дієтичних рекомендацій не мають впливу на корекцію деформації хребта (рівень доказовості B) [32].

У випадках тяжкого ступеня сколіозу в дітей (кут деформації більший за 45 градусів за Коббом), з поєднаною патологією, яка потребує нейрохірургічного втручання, застосовують малотравматичні методи корекції сколіотичної деформації з використанням металевих конструкцій, зокрема ендокоректорів LSZ з

багаторівневою фіксацією, що дозволяє поєднати нейрохірургічне втручання й усунення деформації хребта в єдину операцію [35].

Висновки

Основними структурними й функціональними вадами опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку є плоскостопість, порушення постави й сколіоз. У цьому віці опорно-руховий апарат знаходиться в стадії інтенсивного розвитку, тому будь-які несприятливі зовнішні впливи можуть призводити до виникнення функціональних відхилень. Разом з тим, організм дитини 4-5 років відрізняється великою пластичністю, тому можна порівняно легко призупинити розвиток деформацій або виправити їх шляхом зміцнення м'язів і зв'язкового апарату.

Спостереження – зазвичай перший метод у лікуванні дітей із плоскостопістю, порушенням постави та деформаціями хребта. Обов'язком лікаря в цьому випадку є визначити характер динаміки цих порушень протягом 4-6 місяців, використовуючи об'єктивні методи та інструментальні дослідження: стабільними чи прогресуючими вони є в кожного маленького пацієнта. В період спостереження важливим є навчання дитини правильно ходити, а батьків (опікунів) коригувати положення тіла дитини під час сну та активності, застосовувати рухливі ігри, плавання. Комплексне використання різних заходів корекції порушень є умовою раціональної організації роботи з ліквідації вад постави чи плоскостопості в дітей, зміцнення здоров'я.

Поява больових симптомів та порушення функції при плоскостопості, або прогресування деформацій хребта в дитини вимагає фізіотерапевтичного та ортопедичного втручання. Відновлення ресорних функцій ступні та фізичних функцій хребта шляхом використання фізичних вправ передбачає застосування різних засобів і методів кінезітерапії, де особливе місце відводиться спеціальним гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, масажу, спрямованим на зміцнення м'язів тулуба та склепіння ступні.

Доведена ефективність ортопедичної корекції плоскостопості з використанням ортопедичних устілок, а сколіозу – еластичних корсетів.

Відсутність відповіді на лікувальні заходи при гнучкій плоскостопості та ригідній формі плоскостопості, тяжкі ступені сколіозу є показами до скерування дитини до ортопеда для хірургічної ортопедичної корекції.

На сьогоднішній день і надалі продовжується активний пошук найбільш дієвих профілактичних та лікувальних методів корекції функціональних порушень опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку.

Література

1. Середа Л., Лянной Ю. Порушення функцій опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку як сучасна проблема // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – 2013. – № 1 (21). – С. 306-309

2. Чередніченко П. П. Вплив засобів фізичної реабілітації на опорно-ресорні показники стопи у дітей дошкільного віку із плоскостопістю // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – 2015. – Вип. 11. – С. 170-173.

3. Ардашева О. Дослідження з визначення співвідношення функціональних розладів стопи в дітей дошкільного віку з функціональними розладами та анатомічними змінами стопи // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – 2014. – №1 (25). – С. 53-56.

4. Тягур Т. Р. Проблема сколіозу в сучасній ортопедії // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – №3 (41). – С. 106-109.

5. Atik A., Ozyurek S. Flexible flatfoot // North Clin Istanbul. – 2014. – 1(1). – P. 57-64.

6. Жарова І. В. Динаміка стану кісткової тканини у хворих остеохондрозом і плоскостопістю при проведенні курсу фізичної реабілітації // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2005. – № 9. – С. 70-74.

7. Farzin Halabch, Reza Mazaheri, Maryam Mirshahi et al. Pediatric Flexible Flatfoot; Clinical Aspects and Algorithmic Approach // Iran J Pediatr. 2013. – 23 (No 3). – P. 247-260.

8. Данилов О. А., Шульга О. В. Статична плоскостопість у дітей // Хірургія дитячого віку. – 2008. – № 3. – С. 6-14.

9. Бобренко І. В. Профілактика та корекція плоскостопості у дітей дошкільного віку з помірною розумовою відсталістю засобами фізичного виховання // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2012. – Вип. 3 (1). – С. 9-12.

10. Sadeghi-Demneh E., Jafarian F., Melvin J.M. et al. Flatfoot in school-age children: prevalence and associated factors // Foot Ankle Spec. – 2015. – 8(3). – P. 186-193.

11. Звіряка О. М., Корж Ю. М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2007. – 184 с.

12. Rao U.B., Joseph B. The influence of footwear on the prevalence of flat foot. A survey of 2300 children // J Bone Joint Surg Br. – 1992. – 74(4). – P. 525-527

13. Evans A.M., Rome K.A. Cochrane review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet // Eur J Phys Rehabil Med. – 2011. –47(1). – P. 69-89.

14. Jankowicz-Szymanska A., Pociecha M., Mikolajczyk E. Et al. The nutritional status and the height of the arch of the foot in preschool children // Minerva Pediatr. – 2015. – 67(4). – P. 311-319.

15. Hösl M., Böhm H., Multerer C. et al. Does excessive flatfoot deformity affect function? A comparison between symptomatic and asymptomatic flatfeet using the Oxford Foot Model // Gait Posture. – 2014. – 39(1). – P. 23-28.

16. Harris E.J., Vanore J.V., Thomas J.L. et al. Diagnosis and treatment of pediatric flatfoot // J Foot Ankle Surg. – 2004. – 43(6). –P. 341-373.

17. Vorlikova L., Korvas P. Evaluation of rehabilitation influence on flat foot in children // Journal of Human Sport & exercise. – 2014. – V.9. – P. 526-532.

18. Mosca V.S. Flexible flatfoot in children and adolescents // Child Orthop. – 2010. – 4(2). – P. 107-121.

19. Roye DP Jr., Raimondo R.A. Surgical treatment of the child's and adolescent's flexible flatfoot // Clin Podiatr Med Surg. – 2000. – 17(3). – P. 515-530.

20. Dare D.M., Dodwell E.R. Pediatric flatfoot: cause, epidemiology, assessment, and treatment // Curr Opin Pediatr. – 2014. – 26(1). – P. 93-100.

21. Carr J.B., Yang S., Lather L.A. Pediatric Pes Planus: A State-of-the-Art Review // Pediatrics. – 2016. – 137(3). – P. 1-10.

22. Bauer K., Mosca V.S., Zionts L.E. What's New in Pediatric Flatfoot? // Pediatr Orthop. – 2016. – 36(8). – P. 865-869.

23. Kothari A., Stebbins J., Zavatsky A.B. et al. Health-related quality of life in children with flexible flatfeet: a cross-sectional study // Child Orthop. – 2014. – 8(6). – P. 489-496.

24. Kothari A., Dixon P.C., Stebbins J. et al. The relationship between quality of life and foot function in children with flexible flatfeet // Gait Posture. – 2015. – V. 41(3). – P. 786-790.

25. Harris E.J., Vanor J.V., Thomas J.L. et al. Diagnosis and Treatment of Pediatric Flatfoot Clinical Practice Guideline Pediatric Flatfoot Panel // The journal of foot & ankle surgery. – 2004. – 43, № 6. – P. 341-370.

26. Ramova E.P., Lazović M. Prevention of spine deformities in adolescents due to inadequate posture // Med Pregl. – 2010. – 63 (11-12). – P. 855-858.

27. Kumar B. Poor posture and its causes // International Journal of Physical Education, Sports and Health. – 2016. – 3(1). – P 177-178.

28. Matussek J., Dingeldey E., Wagner F. et al. Conservative treatment of idiopathic scoliosis with effective braces: early response to trunk asymmetry may avoid curvature progress // Orthopade. – 2014. – 43 (7). – P. 689-700.

29. Acasandrei L., Macovei S. The body posture and its imbalances in children and adolescents // Science, Movement and Health. – 2014. – Vol. XIV, ISSUE 2 Supplement. – P. 354-359

30. Мятига О. М., Ковальчук О. П. Лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапія при порушеннях постави // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – № 5. – С. 175–178.

31. Calvo-Muñoz I., Gómez-Conesa A., Sánchez-Meca J. Preventive physiotherapy interventions for back care in children and adolescents: a meta-analysis // BMC Musculoskelet Disorders. – 2012. – V. 13. – P. 152-170.

32. Negrini S., Angelo G.A., Lorenzo A. et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth // Scoliosis. – 2012. – V.1. – P. 7-13.

33. Physical Therapy Perspectives in the 21st Century - Challenges and Possibilities Edited by Dr. Josette Bettany-Saltikov. Croatia, «InTech» – 2012. – 386 p.

34. Berdishevsky H., Lebel V.A., Bettany-Saltikov J. et al. Physiotherapy scoliosis-specific exercises - a comprehensive review of seven major schools // Scoliosis Spinal Disorders – 2016. – 4. – P. 11-20.

35. Шевченко О. Г., Голубєва І. В., Корольков О. І. Проблеми інвалідності у дітей внаслідок патології хребта (огляд літератури) // Літопис травмотології та ортопедії. – 2015. – № 1. (31-32). – С. 173-179.

Отримано 20.11.2016

Лучишин Н. Ю., Ковальчук Т. А.

ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Современные взгляды на лечебную тактику при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста: лечить или наблюдать

Резюме. Цель работы состояла в обобщении данных литературных источников, касающихся современных подходов к лечебной тактике при наиболее распространенных заболеваниях опорно-двигательной системы у детей дошкольного возраста. В результате проведенного анализа литературы авторами современных публикаций подчеркивается высокая распространенность плоскостопия, нарушения осанки и сколиозов у детей 4-6 лет. В то же время, авторы аналитических обзоров утверждают, что подтверждение диагноза «плоскостопие» у детей до шести лет является нецелесообразным. Касательно тактики ведения детей с нарушениями опорно-двигательной системы, исследователи убеждены и на доказательном уровне подтверждают, что лечение зависит от характера проявлений патологии. Согласно рекомендациям, у детей этой возрастной группы при выявлении асимптоматического гибкого плоскостопия, нарушения осанки и сколиоза легкой степени рекомендовано наблюдение с диагностикой изменений каждые 4-6 недель. Появление симптомов нарушения рессорной функции стопы свидетельствует о необходимости применения корректирующих средств (специальных упражнений, ортопедических стелек и обуви), а подтверждение деформации ее свода является основанием для хирургической коррекции выявленных нарушений. Что касается нарушения осанки, то, помимо тренировки навыков равностояния и реабилитационной терапии, рекомендуется устранение причины нарушения осанки. Лечение сколиоза средней тяжести (2-3 степени) заключается в применении корсетов и соответствующей возрасту ребенка и состоянию мышечного каркаса лечебной гимнастики. В случаях сложной деформации позвоночника, которая требует нейрохирургического вмешательства, применяют малотравматичные методы коррекции сколиотической деформации с использованием металлических конструкций.

Ключевые слова: плоскостопие; нарушение осанки; сколиоз; дошкольники; лечение

N.Yu. Luchyshyn, T.A. Kovalchuk
SHEE «I. Horbachevsky Ternopil State Medical University», Ternopil, Ukraine

Current views on the management of musculoskeletal diseases in preschool children: to treat or to observe

Abstract. The aim of this research is to review and critically appraise the literature regarding the fundamental principles of clinical care regarding the most common disturbances of musculoskeletal system in preschool-aged children. The report uses evidence from published studies, and expert opinion to identify medical tactics, underlying their benefits. Our analysis shows that flatfoot, bad posture and scoliosis are considered as the most common musculoskeletal problems in children of preschool age. Management of these conditions is based on age, presence of symptoms, and degree of their severity. Most flexible flatfeet cases are physiologic, asymptomatic, and require no treatment. Despite not having undergone any treatment, patients should be followed up every four-six months for monitoring. Symptomatic flexible and rigid flatfeet require different management tactics. Initial options include activity modification, appropriate shoe and orthoses, stretching and strengthening exercises and nonsteroidal antiinflammatory medications (in the more severe cases). There is ample evidence that treatment with functional orthoses reduces symptoms and improves mobility. Some reports show that obese children have a greater tendency for flat foot than normal-weight children. Furthermore, comorbidities such as obesity, ligamentous laxity, hypotonia, and proximal limb problems, must be identified and managed, if possible. When all nonsurgical treatment options fail, surgery may be considered. In case of bad posture and mild scoliosis, alignment exercises and rehabilitation therapy are recommended together with elimination of postural disorder causes. Bracing and scoliosis specific physical therapy exercises correcting a moderate scoliosis (25-40 degree range) are prescribed for skeletally immature children. Bracing does not improve scoliosis; however, it has been shown effective in preventing scoliosis progression when worn 16-18 hours per day. Skeletally immature children with curvatures of 40-45 degrees or above are candidates for surgery.

Keywords: flatfeet; bad posture; scoliosis; preschoolers; management