

EUROPEAN CONGRESS OF SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS

Proceedings of XI International Scientific and Practical Conference

Barcelona, Spain

4-6 November 2024

Barcelona, Spain

2024

12.	<i>Бобро Л. М., Лісконог В. О., Мініна Н. С.</i>	84
	ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ ХНМУ ЩОДО ПРАВИЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРІВ	
13.	<i>Волошина Т. А., Фатосва Є. Т., Молодан Д. В.</i>	88
	ПРЕПАРАТИ МЕЛАТОНІНУ В СВІТЛІ ДОКАЗОВОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ЕФЕКТІВ	
14.	<i>Гаврилов А. В., Федченко К. А.</i>	97
	СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА	
15.	<i>Гайструк Н. А., Виноградська Ю. В., Тіварі Д. С.</i>	103
	СИНДРОМ 21 СТОЛІТТЯ: ВИКЛИКИ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В РЕАЛІЯХ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ РЕЖИМУ ВОЄННОГО СТАНУ	
16.	<i>Гулієва Вісала Худаяр кизи, Веснін В. В.</i>	106
	ІДІОПАТИЧНА ВРОДЖЕНА КЛИШОНОГІСТЬ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	
17.	<i>Дзиза А. В., Коваленко Є. В., Найда В. Д.</i>	111
	ВПЛИВ ПАЛІННЯ НА РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО ЛАРИНГІТУ ТА ФАРИНГІТУ	
18.	<i>Іващук Д. О., Афанасюк О. І., Шмалій В. І.</i>	115
	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ АБЛЯЦІЇ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	
19.	<i>Калініченко С. В., Коваленко О. І., Кордон Т. І., Оветчин П. В.</i>	121
	ІНАКТИВАЦІЯ ВІРУСОВМІСНОГО МАТЕРІАЛУ ФОТОДИНАМІЧНИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФІОЛЕТУ	
20.	<i>Колісник В. О., Муріна М. О.</i>	125
	ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
21.	<i>Коротка О. С., Богачук Т. А., Луців А. І., Кутельмах О. О., Тіварі Д. С., Кливак В. В., Гайсирук Н. А.</i>	129
	РДУГ: ДВІ СТОРОНИ МЕДАЛІ	
22.	<i>Леонт'єва З. Р., Магльована Г. М., Марусяк С. В.</i>	132
	РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКАРСЬКО-ПЕДАГОГІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТУДЕНТАМИ РІЗНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО	
23.	<i>Лістау К. О., Шубкіна О. О.</i>	136
	РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РХП У СПОРТСМЕНІВ ВИЩИХ ДОСЯГНЕНЬ	

ІДІОПАТИЧНА ВРОДЖЕНА КЛИШОНОГІСТЬ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Гулієва Вісала Худаяр кизи,
студентка 5 курсу

Веснін Володимир Вікторович,
к. мед. наук, доцент кафедри травматології та ортопедії
Харківський національний медичний університет
Україна

Вступ. Ідіопатична вроджена клишоногість є поширеною деформацією стопи, яка характеризується неправильним положенням: стопа спрямована всередину і вниз. Цей дефект зустрічається приблизно у 1,2 випадках на 1000 новонароджених та є найбільш поширеним вродженим захворюванням опорно-рухової системи. Відомо, що хлопчики схильні до клишоногості у два рази частіше, ніж дівчатка, і приблизно 50% випадків є двосторонніми, тобто деформовані обидві стопи. Етіологія вродженої клишоногості залишається переважно ідіопатичною, але близько 20% випадків асоціюються з іншими серйозними захворюваннями, такими як спінальна дизрафія, артрогрипоз та інші генетичні синдроми. Генетичний фактор, очевидно, відіграє значну роль, оскільки при наявності клишоногості в одного з батьків або в одного з дітей у сім'ї ймовірність народження наступної дитини з клишоногістю суттєво підвищується – до 1 випадку на 35.

Ціль роботи. З'ясувати найбільш ефективні сучасні методи діагностики та лікування ідіопатичної вродженої клишоногості на сьогодні.

Матеріали та методи. Для досягнення цілі було проведено пошук та аналіз наукових статей з відповідної теми із використанням електронних наукометричних баз PubMed, Google Scholar і Trip Database.

Результати та обговорення. Ідіопатична вроджена клишоногість є найпоширенішим вродженим порушенням опорно-рухової системи в усьому світі. Природний перебіг захворювання веде до погіршення функції та якості життя в дорослому віці.

Клишоногість часто виявляють ще до народження дитини за допомогою пренатальної ультрасонографії. Цей метод дозволяє діагностувати деформацію на 13 тижні вагітності за допомогою трансвагінального ультразвукового дослідження або на 16 тижні з використанням трансабдомінальної ультрасонографії. Однак навіть високоякісне ультразвукове обстеження не завжди може точно діагностувати клишоногість, особливо якщо деформація є помірною або легкою. Навпаки, у разі помірних деформацій існує ймовірність хибнопозитивного результату, адже у 19% випадків після народження деформація може виявитися легкою і самокорегуватись із часом.

Оцінка новонародженого з деформацією стопи включає ретельний загальний огляд, що допомагає оцінити здоров'я та розвиток дитини, виключити синдроми та неврологічні захворювання (наприклад, спіна біфіда, артрогрипоз, аномалії формування кінцівок) і провести детальний огляд нижніх кінцівок. Важливо перевірити всі суглоби на амплітуду руху та стабільність, включаючи тазостегнові суглоби, а також дослідити нижні кінцівки на рівномірність довжини та симетрію .

Клишоногість характеризується чотирма основними компонентами, які можна запам'ятати за аббревіатурою CAVE: високий звід (cavus); поворот передньої частини стопи всередину (adductus); поворот п'яти всередину (varus); опущення задньої частини стопи вниз (equinus).

Ця деформація має тенденцію до розвитку ригідності, і стопа та литковий м'яз часто дещо менші порівняно зі здоровою ногою. Без лікування або в разі рецидиву деформації дитина починає ходити на зовнішньому боці або тильній поверхні стопи, що викликає додаткові проблеми, такі як обмеження у використанні звичайного взуття, а також обмеження у спортивній діяльності та навіть професійній діяльності в дорослому віці .

Останні кілька десятиліть велися інтенсивні дослідження щодо найбільш ефективного лікування клишоногості. Раніше для корекції клишоногості широко застосовувалися хірургічні методи, однак це призводило до побічних ефектів: рубцювання, жорсткості суглобів, м'язової слабкості, порушень ходи і

частих рецидивів. Тому метод Понсеті, розроблений в 1948 році, став новим стандартом лікування і суттєво зменшив потребу у великих операціях. Метод включає три основні етапи: маніпуляції й гіпсування, ахіллотенотомію та бандажування. Етап маніпуляцій та гіпсування – полягає у мануальному коригуванні положення стопи та її фіксації гіпсом на щотижневій основі. Цей етап зазвичай триває 5-8 тижнів, і розпочати його можна на першому тижні життя дитини. Ахіллотенотомія – виконується після досягнення корекції всіх складових деформації, окрім еквінусу. Це малотравматична процедура, яка найчастіше проводиться під місцевою анестезією і дозволяє уникнути ризиків загальної анестезії, що важливо для новонароджених. Після операції накладається заключний гіпс на три тижні. Етап бандажування – критичний для запобігання рецидивам. Він починається відразу після зняття гіпсу і передбачає використання спеціальної ортези, що фіксує стопи в відведеному та дорсально зігнутому положенні. У перші три місяці бандаж носить по 23 години на день, а потім лише під час сну аж до 4-5 років. Дотримання цього етапу є важливим фактором, адже при відмові від носіння бандажу ризик рецидиву зростає у 10 разів. Успішне бандажування є більш надійним показником запобігання рецидиву, ніж важкість деформації при народженні.

Метод Понсеті став найбільш ефективним і прийнятним способом лікування дітей, народжених із клишоногістю. Успіх лікування значною мірою залежить від належної взаємодії між лікарем, який проводить процедуру, сімейним лікарем і родиною пацієнта, особливо під час бандажування. Неправильне бандажування або його передчасне припинення призводить до високого ризику рецидиву. Ретельне навчання і підтримка батьків впродовж усього протоколу лікування мають вирішальне значення для успіху. Довготривалі спостереження засвідчують високий рівень задоволеності пацієнтів і позитивні функціональні результати.

Запущена клишоногість виникає, коли лікування не було проведено вчасно або дитина почала ходити до початку лікування. У таких випадках, окрім модифікованого методу Понсеті, використовують інші методи, зокрема

метод Ілізарова. Він передбачає поступове витягування та корекцію стопи за допомогою зовнішнього фіксатора, що дозволяє уникнути значних хірургічних втручань і зберегти амплітуду рухів. Хоча метод Ілізарова є менш інвазивним, він також не позбавлений ускладнень: серед можливих – відокремлення дистального епіфіза, яке спостерігається у випадках недотримання графіку лікування та регулярного спостереження. Раннє діагностування цієї проблеми можливе завдяки регулярній рентгенографії.

Незважаючи на високу ефективність, від 11% до 48% випадків лікування клишоногості методом Понсеті можуть закінчуватися рецидивом або залишковою деформацією. Повторне використання методики зазвичай ефективно, однак іноді потрібне додаткове хірургічне втручання, зокрема транспозиція переднього великогомілкового м'яза. Така корекція допомагає усунути аддукцію та супінацію стопи, зберігаючи досягнуту корекцію навіть при рецидивуючій або запущеній клишоногості. Ретельне дотримання послідовного підходу лікування дозволяє досягти оптимальних результатів у складних випадках.

Висновки. Виявити клишоногість можна ще внутрішньоутробно. Для точної постановки діагнозу необхідно провести фізикальне обстеження новонародженого. Метод Понсеті залишається найефективнішим та найбільш поширеним способом лікування ідіопатичної клишоногості. Завдяки мінімальній інвазивності, коротким термінам лікування та високій ефективності, цей метод покращив якість життя багатьох пацієнтів, дозволяючи уникнути великих хірургічних втручань. Основними умовами успішного лікування є повне дотримання всіх етапів методики та, особливо, завершення періоду бандажування, оскільки саме цей етап найбільш критичний для запобігання рецидивам. У випадках рецидивуючої або запущеної клишоногості успішні результати забезпечуються за рахунок застосування модифікованих методик або додаткових процедур, таких як транспозиція переднього великогомілкового м'яза або метод Ілізарова. Комплексний підхід до діагностики та лікування, підтримка та співпраця між лікарем, батьками і

пацієнтом є ключовими факторами у досягненні головної мети-функціональної, комфортної, та естетично правильної стопи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Desai L, Oprescu F, DiMeo A, Morcuende JA. Bracing in the treatment of children with clubfoot: past, present, and future. *Iowa Orthop J.* 2010;30:15-23. PMID: 21045966; PMCID: PMC2958265.
2. Cady R, Hennessey TA, Schwend RM. Diagnosis and Treatment of Idiopathic Congenital Clubfoot. *Pediatrics.* 2022 Feb 1;149(2):e2021055555. doi: 10.1542/peds.2021-055555. PMID: 35104362; PMCID: PMC9645716.
3. Stouten JH, Besselaar AT, Van Der Steen MCM. Identification and treatment of residual and relapsed idiopathic clubfoot in 88 children. *Acta Orthop.* 2018 Aug;89(4):448-453. doi: 10.1080/17453674.2018.1478570. Epub 2018 May 30. PMID: 29843536; PMCID: PMC6066777.
4. Aslani HS, Athari MB, Tavakoli-Darestani R, Pourmojarab A, Baroutkoub M, Zamani M. Clubfoot Deformity Treatment with Ilizarov Apparatus in the Paediatric Population without Corrective Osteotomies and Soft Tissue Release: A Cross-Sectional Study. *Malays Orthop J.* 2023 Nov;17(3):42-47. doi: 10.5704/MOJ.2311.007. PMID: 38107361; PMCID: PMC10723000.